

L'atteinte des articulations
sacro-iliaques
au cours du syndrome
de Fiessinger-Leroy-Reiter

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 25 Juin 1963

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Yves LAPEYRE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 18 Avril 1939, à THIERVILLE (Meuse)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gailleton, 42

—
1963



Digitized by the Internet Archive
in 2026

L'atteinte des articulations
sacro-iliaques
au cours du syndrome
de Fiessinger-Leroy-Reiter

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 25 Juin 1963

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Yves LAPEYRE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 18 Avril 1939, à THIERVILLE (Meuse)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gaillon, 42

1963

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen Honoraire	M. J. LEPINE, Membre de l'Institut.
Doyen	M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut
Assesseurs	MM. M. LEVRAT et L. REVOL.

Professeurs Honoraires : MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET.

PROFESSEURS

Physiologie AMM.	HERMANN.	Parasitologie et pathologie exotiqueMM.	COUDERT.
Clinique urologique	CIBERT.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phoniologie	MOUNIER-KUHN.
Physique biologique	PONTHUS (dét. à Beyrouth).		PAUFIQUE.
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale.	DECHAUME.	Clinique ophtalmologique .	
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.	ROCHET.	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie	THIERS.
Chimie organique et toxicologie	CHAMBON.	Clinique de pneumo-phthisiologie	BRUN.
Clinique chirurgicale B ..	WERTHEIMER.	Clinique traumatologique des membres	CREYSSSEL.
Clinique médicale B	PAUPERT-RAVAULT.	Clinique carcinologique ..	DARGENT.
Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires	FROMENT.	Anatomie pathologique ..	GUICHARD.
Clinique médicale C	CROIZAT.	Pathologie générale et expérimentale	GIRARD Paul.
Chimie biologique et médicale	ENSELME.	Anatomie	LATARJET.
Clinique chirurgicale A ..	MALLET-GUY.	Pathologie chirurgicale ..	PEYCELON.
Pharmacie galénique et matière médicale	REVOL.	Thérapeutique	GIRARD Marcel.
Clinique gynécologique ..	POLLOSSON.	Pathologie médicale	VACHON.
Clinique obstétricale	PIGEAUD.	Physio-pathologie des voies respiratoires	GALY.
Médecine du Travail	BOURRET.	Radiologie	PAPILLON.
Clinique médicale A	LEVRAT.	Clinique des maladies infectieuses	JEUNE.
Hygiène et action sanitaire et sociale	SOHIER.	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale	GONIN.
Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge	BERNHEIM.	Bactériologie	MONNET.
Biologie médicale et pharmacodynamie	JOURDAN.	Physiologie et pathologie obstétricales	BANSSILLON.
Botanique et cryptogamie.	NETIEN.	Physiologie B	CHATONNET.
Clinique chirurgicale C ..	BERTRAND.	Clinique endocrinologique.	GUINET.
Chimie analytique pharmaceutique	BADINAND.	Clinique de chirurgie orthopédique	TRILLAT.
Pharmacie chimique et pharmacologie	DREVON.	Clinique stomatologique ..	FREIDEL.
Médecine légale et déontologie	ROCHE.	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles .	MARION Joseph.
		Matière médicale et législation pharmaceutique .	DORCHE.
		Histologie et embryologie .	X...

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine	MM. BERGER.
Bactériologie	BERTOYE.
Physiologie	CIER J.-François.
Chirurgie générale	MANSUY.

Professeurs en surnombre :

Pédiatrie et puériculture	MM. SARROUY.
Climatologie	LACROIX.
Thérapeutique chirurgicale	GOINARD.
Propédeutique chirurgicale	LIARAS.
Chimie pharmaceutique	COLLET.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Parasitologie	MM. ROMAN.
Pharmacie chimique et pharmacologie	CIER André.
Chimie organique et toxicologie	PERROT.
Histologie et embryologie	DUMONT.
Anatomie pathologique	FEROLDI.
Physique biologique	MORET.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Neuro-chirurgie	MM. LECUIRE.	Stomatologie	DE MOURGUES.
Médecine générale	REVOL.	Anatomie	DUROUX.
Chimie biologique	CREYSEL R.	Anatomie	BOUCHET.
Hygiène	THIVOLET.	Thérapeutique	BRETTE.
Parasitologie	GARIN.	Anatomie pathologique . .	TOMMASI.
Médecine du travail	TOLOT F.	Hygiène	RIFFAT.
Electro-radiologie	PINET.	Pathologie expérimentale .	JOUVET.
Médecine générale	DESPIERRES.	Hématologie	FAVRE-GILLY.
Botanique et cryptogamie.	ODDOUX.	Histologie et embryologie.	GIROD.
Chimie analytique	de SOLLIERS.	Chimie analytique	MALLEIN
Médecine générale et thé- rapeutique	LEJEUNE.	Chimie biologique	GRAS.
Chirurgie générale	REBOUILLAT.	Bactériologie	RAYNARD.
Electro-radiologie	BUFFARD.		VIALIER-
Maladies infectieuses	NAUSSAC.	Biologie médicale et phar- macodynamie	FAUCON.
Pédiatrie	ROMAGNY.	Physiologie	FLANDROIS.
		Physique biologique	PEYRIN

AGREGES EN EXERCICE

Médecine générale	MM. PONT.	Chirurgie générale	MARET.
Médecine générale	VIGNON.	Chirurgie générale	DESCOTES.
Médecine générale	PLAUCHU.	Chirurgie générale	MICHOULIER.
Médecine générale	TRAEGER.	Obstétrique	BURTHIAULT.
Médecine générale	DEVIC.	Obstétrique	DUMONT.
Médecine générale	GARDE.	Obstétrique	GARMIER.
Médecine générale	PERRIN.	Oto-Rhino-Laryngologie . .	GIGNOUX.
Médecine générale	LARBRE.	Oto-Rhino-Laryngologie . .	GAILLARD.
Médecine générale	MORNEX.	Pédiatrie et puériculture .	FRANÇOIS.
Médecine générale	NORMAND.	Pédiatrie et puériculture .	BETHENOD.
Médecine générale	FRIES.	Dermatologie	COLOMB.
Médecine générale	LAMBERT.	Médecine légale	COLIN.
Médecine générale	NOEL Gilbert.	Neuro-psychiatrie	GUYOTAT.
Médecine générale	ROBERT.	Neuro-psychiatrie	SCHOTT.
Chirurgie générale	MARION P.	Ophtalmologie	BONAMOUR.
Chirurgie générale	MICHAUD.	Ophtalmologie	HUGONNIER.
Chirurgie générale	JAUBERT- DE-BEAUJEU	Urologie	DURAND.
Chirurgie générale	SAUTOT.	Electro-radiologie	CHASSARD.
Chirurgie générale	GUILLEMIN.	Neuro-chirurgie	ALLEGRE.
Chirurgie générale	de MOURGUES Georges	Orthopédie	FAYASSE.
Chirurgie générale	FRANCILLON.	Orthopédie	SCHNEPP.
Chirurgie générale	SAUBIER.	Pneumo-phthisiologie . . .	KALB.
		Stomatologie	DUMAS.

EXAMINATEURS DE LA THESE

**Président : THIERS ; Assesseurs : MM. VIGNON,
LEJEUNE et COLOMB.**

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

A MON FRERE

A MES SCEURS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR THIERS

Professeur de Dermatologie, Syphiligraphie et Allergologie

Il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille accepter l'expression de toute notre reconnaissance et de notre respect.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VIGNON

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEJEUNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COLOMB

Nous les remercions de l'honneur qu'ils ont
bien voulu nous faire en acceptant de nous
juger.

A MONSIEUR LE MÉDECIN

LIEUTENANT-COLONEL OUGIER

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Médecin-Chef du Service de Médecine II

de l'Hôpital Militaire d'Instruction du Val-de-Grâce

Il nous a inspiré ce travail et tout au long de son élaboration, il nous a guidé avec la plus grande bienveillance.

Pendant un semestre passé dans son service, il nous a prodigué ses conseils. Son enseignement restera pour nous un guide très précieux.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre vive gratitude et de notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE MÉDECIN COMMANDANT DURIEZ

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Médecin-Chef du Service de Médecine III

de l'Hôpital Militaire d'Instruction du Val-de-Grâce

Il nous a fourni une grande partie des documents rapportés ici.

Nous lui sommes reconnaissant de l'intérêt qu'il a bien voulu porter à la réalisation de ce travail.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BORON

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

*Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire
et de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes*

A MONSIEUR LE MÉDECIN COLONEL CAMELIN

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

*Médecin-Chef de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes
Sous-Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire*

A MONSIEUR LE MÉDECIN COMMANDANT FELIX

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Médecin-Chef du Service de Médecine de l'Hôpital Desgenettes

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ET DES HOPITAUX DE LYON

ET DE L'HOPITAL MILITAIRE DESGENETTES

Nous remercions tout le personnel du Service de Médecine II de l'Hôpital Militaire du Val-de-Grâce, auprès duquel nous avons trouvé une aide précieuse pendant la réalisation de ce travail.

INTRODUCTION

Le syndrome oculo-uréthro-synovial revient périodiquement à l'ordre du jour, depuis qu'en 1916, Fiessinger et Leroy le décrivirent lors d'une épidémie dans la Somme et que, la même année, en Allemagne, Reiter fit des constatations identiques, rattachant alors ce syndrome à une affection à spirochète.

De 1920 à 1940, il n'a donné lieu qu'à peu de travaux, tels ceux d'Hombourger, de Germain et Pirot qui concernaient le milieu militaire, et il fallut attendre le deuxième grand conflit mondial pour que le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter (que nous appellerons désormais syndrome de F.L.R.) revienne au premier plan de l'actualité, notamment avec les publications de Gounelle et Marche. Puis, après une période d'oubli relatif, il réapparut en Afrique du Nord, il y a dix ans environ, et suscita les études des médecins militaires qui furent appelés à l'observer (Roumagnac, Masbernard, Vailhe, Pernod, Memin, Félix).

Lorsqu'on lit tous ces travaux sur le syndrome de F.L.R., on en retient essentiellement :

- l'incertitude étiologique, avec néanmoins actuellement une orientation vers une cause virale ;

- l'évolution parfois prolongée et déroutante de certaines formes ;

- les difficultés fréquentes du traitement, malgré l'enrichissement de notre arsenal thérapeutique au cours de ces dernières années ;

- enfin, malgré un traitement bien conduit, la possibilité de séquelles de cette curieuse affection.

Ce sont certains de ces faits que nous retrouverons dans ce travail, puisque, en étudiant l'atteinte des articulations sacro-iliaques dans le syndrome de F.L.R., notre but sera de dépister, sinon de prévenir, l'évolution de certaines formes vers la spondylarthrite ankylosante (Sp. A.), dont la survenue peut assombrir sérieusement l'avenir fonctionnel des malades qui en sont atteints.

En France, c'est Marche qui, le premier, vers 1950, s'est intéressé au problème des relations de ces deux affections, chez des malades porteurs de Sp. A. après avoir présenté un syndrome de F.L.R. post-dysentérique durant la guerre 1939-1945.

Depuis 1954, la question de l'atteinte des sacro-iliaques est envisagée dans la plupart des travaux des médecins militaires français cités plus haut ; mais ces auteurs, pour des raisons diverses et généralement faute d'un recul suffisant dans le temps, ne s'attachent que peu à ce problème, ou ne font que le poser.

Par contre, plusieurs travaux anglo-saxons (Mason, Murray, Oates, Young, Csonka) ont été consacrés à ce sujet au cours de ces dernières années.

Dans notre travail, nous avons pour but d'étudier les atteintes des articulations sacro-iliaques au cours du syndrome de F.L.R. survenu chez des militaires dont la grande majorité séjournait ou avait séjourné en Afrique du Nord.

Pour que ce travail fût complet, il eut été souhaitable de pouvoir reprendre, en particulier auprès des centres de réforme, les dossiers des malades pensionnés pour séquelles de syndrome de F.L.R. Nous y avons effectivement pensé, mais ce travail, pour diverses raisons, s'est avéré impossible à réaliser.

C'est pourquoi nous l'avons fait en étudiant deux groupes de malades :

— d'une part, une série de 43 cas de syndrome de F.L.R. observés directement, sans triage préalable, dans le Service de Médecine de l'Hôpital Militaire de Constantine ;

— d'autre part, une autre série de 45 cas, constituée essentiellement par des formes sévères ou prolongées pour lesquelles le rapatriement et l'hospitalisation des malades en France ont été nécessaires.

Dans ces deux groupes, nous avons retenu les observations dans lesquelles existait une atteinte sacro-iliaque. Elles sont au nombre de 4 dans le premier groupe, et de 12 dans le second.

Ce sont ces observations que nous rapporterons tout d'abord.

OBSERVATIONS

Premier groupe de malades : 4 observations

OBSERVATION N° 7. — JA... Bernard, 20 ans.

Séjourne depuis six mois en Algérie et ne présente aucun antécédent pathologique notable.

En juillet 1960, il est hospitalisé pour un épisode diarrhéique pendant deux jours, suivi immédiatement d'une conjonctivite bilatérale, quatre jours après, apparition d'une grosse hydarthrose du genou gauche et de quelques douleurs de la cheville gauche.

A l'examen, le 18 juillet 1960 : la conjonctivite est pratiquement guérie, il n'y a pas de signe d'urétrite. Le genou gauche est distendu par une hydarthrose qui empêche tout mouvement ; peu de douleur. Le sujet ne signale pas de lombalgie.

L'examen clinique s'avère négatif par ailleurs. La T.A. est à 13/7.

Examens complémentaires :

— V.S. : 66/107.

— Numération formule :

G.R. : 4.880.000 ; G.B. : 9.800. Poly neutro : 71 %.

— Electrophorèse :

- protides totaux : 82 g p. 1.000 ;

- albumine : 50 % ;

- globulines alpha 1 : 6 % ; alpha 2 : 15 % ; bêta : 12 % ;
gamma : 17 %.

— Examens parasitologiques des selles : présence de kystes d'amibe du côlon.

— Coproculture : absence de salmonelles pathogènes et de shigelles.

— Ponction du genou gauche : examen du liquide synovial.

Albumine : 75 g % ;

Polynucléaires : 90 % ; lymphocytes : 10 % ;

Culture : négative.

— Les radiographies pratiquées le 22 août 1960 ne montrent pas d'anomalies osseuses au niveau des genoux. Par contre, un flou de la sacro-iliaque gauche dans sa moitié inférieure est mis en évidence.

Traitement : Delta-cortisone - phénylbutazone.

Evolution : syndrome de F.L.R. typique en dépit de l'absence d'urétrite initiale, arthrite élective des genoux. Les tests inflammatoires ne sont pas revenus à la normale après un mois et demi de traitement (V.S. : 26/50) ; les signes oculaires sont en régression.

En conclusion : syndrome de F.L.R. avec atteinte sacro-iliaque encore évolutif après un mois et demi de traitement. Le malade est alors rapatrié sur la métropole.

OBSERVATION N° 9. — RO... René, 21 ans.

Séjourne depuis 18 mois en Algérie. Ne présente aucun antécédent notable.

— Hospitalisé le 5 août 1960, mais depuis le début juillet, apparaît spontanément (sans notion de traumatisme) une dorsalgie gauche exagérée par le décubitus, calmée par l'aspirine, s'accompagnant d'une irradiation sciatique gauche. Elle disparaît après traitement médical, puis, alors que le malade était hospitalisé, avec un tableau fébrile, survenue d'une polyarthralgie fugace touchant les grosses articulations : genoux, épaules.

— A l'examen, le rachis est souple, présentant une scoliose dorso-lombaire à concavité antérieure droite. Douleur provoquée à la pression des épineuses D12, L1, sans saillie des épineuses. Les hanches sont normales, toutefois on provoque une douleur à la flexion forcée de la cuisse gauche et à l'extension forcée de la cuisse droite. Gonalgie droite sans hydarthrose ; scapulalgie droite.

La gorge est normale, on ne trouve ni hépatosplénomégalie, ni hypertrophie ganglionnaire.

Le 9 août : apparition de brûlures oculaires bilatérales, et de brûlures à la miction. La mobilisation des sacro-iliaques est douloureuse.

Les examens complémentaires montrent :

— une V.S. accélérée : 66/102.

— Numération globulaire :

G.R. : 4.227.000 ; G.B. : 7.000.

— Fibrinémie à 5,50 g.

— Protidogramme :

- protides totaux : 80 g p. 1.000 ;
- albumine : 50 % ;
- globulines alpha 1 : 5 % ; alpha 2 : 14 % ; bêta : 12 % ;
gamma : 19 %.

— Examen des selles : présence de kystes d'amibes pathogènes (une cure de Bemarsal est instituée).

— Coproculture : absence de salmonelles pathogènes et de shigelles.

— Séro-diagnostic de Wright : négatif.

— Les radiographies pratiquées le 5 août 1960 de la colonne lombaire et des sacro-iliaques montrent : une modification de la structure du versant iliaque des deux articulations, avec petite calcification à droite, chevauchement possible des trabéculations osseuses. Les interlignes sont flous et irréguliers, il faut noter cependant que du côté droit la partie inférieure de l'interligne reste visible.

Traitement : du 3 au 28 août 1960 par phénylbutazone, 1 g du 23 au 30, puis 0,50 g.

— Delta-cortisone commencée à 30 mg.

Evolution : le 6 septembre 1960, syndrome de F.L.R. ayant débuté dans les premiers jours de juillet par des brûlures à la miction et des douleurs polyarticulaires un peu atypiques dans leur localisation au rachis dorso-lombaire. Ainsi le malade avait été hospitalisé en chirurgie, suspect de mal de Pott. L'apparition ultérieure d'une polyarthrite inflammatoire atteignant les genoux a redressé le diagnostic d'autant plus qu'une conjonctivite est apparue. L'atteinte des sacro-iliaques est précoce, avec présence de signes radiologiques d'arthrite sacro-iliaque bilatérale qui doit faire redouter la transformation en spondylarthrite ankylosante. L'évolution sous corticothérapie est favorable en ce qui concerne la polyarthrite périphérique et les signes biologiques inflammatoires.

En conclusion : Syndrome de F.L.R. avec arthrite sacro-iliaque bilatérale confirmée radiologiquement, amélioré par la corticothérapie après deux mois d'évolution, le malade est alors rapatrié sur la métropole.

OBSERVATION N° 11. — R.A.. Pierre, 20 ans.

Séjourne depuis 9 mois en Algérie et ne présente aucun antécédent pathologique notable.

Le 8 août 1960 il est hospitalisé alors que depuis trois semaines environ étaient apparues une conjonctivite unilatérale, puis, le 31 juil-

let 1960, des brûlures à la miction et le lendemain, des arthralgies siégeant d'abord à la troisième articulation métacarpo-phalangienne gauche, puis atteignant les tibio-tarsiennes droite et gauche et enfin les deux genoux.

A l'examen : le sujet est en bon état général, la langue est sèche, la température à 38°7.

La conjonctivite persiste, alors que les brûlures à la miction ont disparu.

Le genou droit est tuméfié, chaud, très douloureux. Les articulations précédemment atteintes sont encore douloureuses, mais non tuméfiées.

Absence de lombalgies ainsi que de douleurs provoquées aux manœuvres de mobilisation des sacro-iliaques.

Le reste de l'examen somatique est normal. A noter cependant un cadre colique douloureux à la palpation et une fosse iliaque droite gargouillante.

Examens complémentaires :

— V.S. : 103/110.

— Numération formule :

G.R. : 3.900.000 ; G.B. : 11.800.

Poly neutro : 81 %.

— Antistreptolysines : 100 unités AS/ml.

— Protidogramme :

- protides totaux : 72 g % ;

- albumine : 50 % ;

- globulines alpha 1 : 4 % ; alpha 2 : 6 % ; bêta : 12 % ;
gamma : 18 %.

Examen de selles : kystes de lamblis.

— Coproculture : absence de salmonelles pathogènes et de shigelles.

Séro-diagnostic de Wright : négatif au 1/20°.

— Les radiographies pratiquées le 9 août 1960 montrent une densification importante du cul-de-sac sous-quadricipital droit. Les clichés des sacro-iliaques objectivent un remaniement de la structure des deux articulations dans leur moitié inférieure avec flou et élargissement de l'interligne, bordé d'une zone de condensation. Le 16 août 1960, les clichés avec compression confirment l'aspect d'ostéo-arthrite sacro-iliaque bilatérale.

Traitement : Delta-cortisone du 9 août 1960 au 5 septembre 1960, commencée à 50 mg, puis à doses dégressives, qui entraîne la cédation des signes articulaires et la normalisation des signes biologiques inflammatoires après un mois.

En conclusion : syndrome oculo-uréthro-synovial typique ayant débuté mi-juillet 1960 par conjonctivite et uréthrite, puis atteinte polyarticulaire peu mobile atteignant électivement les genoux. Amélioration clinique et biologique obtenue après un mois de corticothérapie, mais l'ostéo-arthrite sacro-iliaque précoce et bilatérale avec remaniement important de la structure de ces deux articulations doit inciter à poursuivre la surveillance de ce malade qui sera rapatrié sur la métropole.

OBSERVATION N° 19. — SE... André, 21 ans.

Le malade séjourne depuis 5 mois en Algérie quand il est hospitalisé le 30 décembre 1960 pour une douleur rhumatismale à localisation variable, sans altération de l'état général, et hydarthrose du genou gauche.

Dans les antécédents on relève :

1° Une douleur de la hanche gauche apparue depuis 9 mois environ, entraînant des troubles discrets de la marche, persistant depuis deux mois et s'exagérant lors des variations météorologiques. Dans le même temps, semble-t-il, survenue d'une douleur du genou gauche avec gonflement, chaleur, rétrocedant en deux à trois jours, sans traumatisme initial.

2° Il y a six mois, douleur des deux hanches, surtout à gauche, entraînant une impotence fonctionnelle discrète qui s'est exagérée progressivement, apparaissant le matin au réveil, se calmant après quelques pas, ne s'aggravant pas à la fatigue.

3° Il y a un mois, apparition d'une hydarthrose du genou gauche avec douleur, gonflement brutal, chaleur, sans signes inflammatoires cutanés. Ces troubles entraînent une boiterie et sont persistants jusqu'à ce jour.

4° Depuis une semaine, l'épaule gauche, puis la face dorsale et les phalanges du pied droit sont atteintes successivement. L'interrogatoire ne retrouve aucun antécédent, d'angine, d'uréthrite, ni de conjonctivite.

A l'examen : le malade est apyrétique et en bon état général, présentant une hydarthrose du genou gauche, avec choc rotulien, qui a diminué de volume par rapport au début, avec effacement des méplats et des saillies, sans signes inflammatoires mais avec atrophie importante du quadriceps par rapport au côté opposé. Une douleur de l'épaule gauche avec limitation active des mouvements extrêmes, sans atrophie deltoïdienne. Les autres articulations sont indemnes cliniquement.

Par ailleurs, l'examen somatique ne montre que de discrets signes de colite surtout à gauche.

En somme : hydarthrose du genou gauche depuis un mois, associée à une atrophie quadricipitale et polyarthralgies évoquant un syndrome de F.L.R.

Les examens complémentaires montrent :

— une accélération de la V.S. : 69/97.

— Numération formule :

G.R. : 4.000.000 ; G.B. : 8.600. Poly neutro : 68 %.

— Fibrinémie à 6,80 g p. 1.000.

— Protidogramme :

- protides totaux : 74 g p. 1.000 ;

- albumine : 45 % ;

- globulines alpha 1 : 6 % ; alpha 2 : 13 % ; bêta : 15 % ;
gamma : 21 %.

— Séro-diagnostic de Wright : négatif.

— Examen parasitologique des selles : négatif.

— Coproculture : absence de salmonelles pathogènes et de shigelles.

— Des radiographies sont pratiquées le 31 décembre 1960 : les clichés des deux hanches mettent en évidence un aspect épaissi et densifié du cotyle, où l'on peut voir une image claire sous-corticale vraisemblablement géodique. Il n'existe pas de pincement notable de l'interligne articulaire. Ces images sont en faveur d'un processus arthrosique des deux articulations coxo-fémorales. A noter l'existence d'une petite image géodique cerclée située à 4 cm au-dessus du sourcil cotyloïdien droit.

Les clichés des articulations sacro-iliaques objectivent un aspect flou et irrégulier des interlignes, qui présentent des zones élargies alternant avec des zones canaliculées. Il existe des deux côtés une réaction condensante des berges iliaques adjacentes. Il n'y a pas d'altération radiologique visible au niveau de la colonne lombaire, du rachis cervico-dorsal et du genou gauche.

Les tomographies du 6 janvier 1961 confirment l'ostéo-arthrite sacro-iliaque bilatérale, avec sur les coupes de 3 à 7 centimètres du plan postérieur un aspect élargi, flou, non homogène des deux articulations et plus particulièrement de la gauche.

Traitement entrepris, associe la corticothérapie, commencée à 60 mg de delta-cortisone du 1^{er} au 23 janvier 1961, à la mécano-thérapie et à la bipénicilline.

Evolution : un mois après l'hospitalisation, on assiste sous corticothérapie à une nette amélioration sur le plan clinique et à une régression rapide des signes biologiques. Le malade est alors rapatrié en métropole.

En conclusion : syndrome de F.L.R. atypique en son début chez un sujet présentant des antécédents d'algies des deux hanches. Le diagnostic de F.L.R. a été porté en tenant compte : de l'atteinte élective du genou gauche avec amyotrophie importante, de l'ostéo-arthrite sacro-iliaque précoce, bilatérale et très marquée, du bilan biologique et également du contexte épidémiologique.

Deuxième groupe de malades : 12 observations

OBSERVATION N° 8. — DU..., Jean-Claude, 23 ans.

— Malade rentré depuis peu d'Algérie, après un séjour de 16 mois ; sans antécédents pathologiques particuliers, en avril, il avait présenté un épisode diarrhéique banal sans épreinte ni tenesme (10 selles par jour).

— Il est hospitalisé le 19 juillet pour un syndrome fébrile avec localisation articulaire au genou gauche ayant débuté le 6 juillet 1960 par une conjonctivite bilatérale qui dure quatre jours, avec photophobie intense et suppuration, puis, le 15 juillet 1960, le malade ressent des lombalgies avec irradiation sciatique qui rendent la marche douloureuse. Le 18, gonalgie droite avec hydarthrose, accompagnée d'une ascension thermique à 40°. A son entrée, le 19, il présente une gonalgie bilatérale, des douleurs au niveau du coude gauche, des sacro-iliaques, une asthénie marquée. Il n'y a pas d'amyotrophie. A l'examen, les sacro-iliaques, surtout la gauche, sont douloureuses à la pression et à l'écartement des ailes iliaques. Par ailleurs, l'examen clinique est normal.

Examens complémentaires :

— V.S. : 55/110.

— Numération formule :

G.R. : 4.200.000 ; G.B. : 8.700.

Poly neutro : 66 %.

— Antistreptolysines : 100 unités A.S.

— Séro-diagnostic de Wright : négatif.

— Electrophorèse ; augmentation du taux de toutes les globulines, en particulier des gamma et des alpha 2.

Inversion du rapport A/G : 0,62.

— Les radiographies des genoux sont normales. Le 26 juillet 1960, par contre, l'interligne sacro-iliaque gauche est flou et ses berges sont moins nettes qu'à droite.

L'absence d'anomalie cardiaque, la résistance du syndrome rhumatismal à la thérapeutique, les caractères de l'atteinte articulaire, l'existence actuelle d'une amyotrophie, notamment au niveau du quadriceps, permettent de penser qu'il s'agit d'un syndrome de F.L.R. survenu trois mois après un épisode diarrhéique, dix jours après une conjonctivite, sans écoulement urétral.

Le traitement mis en œuvre associe la delta-cortisone, commencée à 35 mg, à la rovamycine, 1,50 g par jour, et à l'aspirine, 4 g par jour.

Evolution : le malade est revu au mois de septembre, il est cliniquement amélioré par les corticoïdes, mais la persistance de tests biologiques perturbés (V.S. accélérée) fait entreprendre la chrysothérapie sous surveillance hématologique et rénale.

En décembre, absence de tout signe fonctionnel, normalisation des examens biologiques, le malade n'éprouve plus aucune lombalgie ; il n'est pas revu pour les examens radiologiques de contrôle prescrits.

En conclusion : Syndrome de F.L.R. suivi pendant six mois, guéri sur le plan clinique et biologique, mais avec atteinte sacro-iliaque unilatérale qui aurait mérité une surveillance radiologique plus poussée.

OBSERVATION N° 9. — HU... Yves, 44 ans.

Dans ses antécédents on relève un paludisme contracté en 1950, une dysenterie amibienne depuis 1952, et une gonococcie survenue en août 1959. L'affection débute alors que le sujet séjournait depuis cinq mois en Algérie et se manifeste vers la mi-juin 1960 par des lombalgies, une pyrexie à 38°, 39° pendant deux à trois jours, une asthénie. Quelques jours plus tard apparaissent des brûlures modérées à la miction avec goutte purulente, dans laquelle on retrouve des gonocoques, une conjonctivite de l'œil droit et une douleur vive au niveau de la coxo-fémorale droite. Au cours de son hospitalisation, les genoux, les hanches, les articulations des mains sont atteintes à leur tour. La température est subfébrile.

Examens complémentaires :

- V.S. accélérée : 47/88.
- L'hémogramme montre une leucocytose à 12.000 avec polynucléose 80 %.
- Antistreptolysines : 200 unités.
- Fibrinémie : 6,6 g p. 1.000.

Le traitement, par tifomycine et phénylbutazone pendant 23 jours, entraîne une régression de tous les signes avec persistance de douleur aux mouvements et une chaleur cutanée anormale au niveau de la coxo-fémorale droite.

Evolution :

— En août, réapparition des arthralgies au niveau du rachis dorso-lombaire, des genoux, des chevilles, de l'épaule gauche, du poignet gauche, des articulations métacarpo-phalangiennes droites, persistance de l'écoulement uréthral. Ceci malgré la corticothérapie commencée le 25 juillet sous couvert de rovamycine.

Des radiographies pratiquées en date du 26 juillet 1960 ne montraient à l'époque aucune anomalie des articulations atteintes, en particulier aucune atteinte au niveau des sacro-iliaques.

En septembre le sujet est rapatrié sur le Val-de-Grâce. Il se plaint alors d'arthralgies diffuses, présente une amyotrophie des quadriceps et des mollets de façon symétrique. La mobilisation active des articulations demeure douloureuse et les mouvements sont limités. La V.S. reste accélérée à 28/70. Les contrôles radiologiques du 24 septembre 1960 montrent, au niveau des genoux, une opacité du cul-de-sac sous-quadricipital à droite et à gauche, une décalcification diffuse des épiphyses osseuses, et un aspect irrégulier, mamelonné, du bord du condyle externe gauche. Aucune image pathologique n'est notée au niveau des sacro-iliaques. La corticothérapie est poursuivie ; au début d'octobre, une cure de sels d'or est instituée, elle dure jusqu'en décembre et entraîne une stabilisation clinique et biologique. Après une convalescence d'un mois, le sujet est réhospitalisé ; quelques séances de physiothérapie améliorent les gonalgies, mais les douleurs de la région lombaire persistent.

— En février 1961, alors que le syndrome douloureux polyarticulaire évolue depuis dix mois, prédominant aux grosses articulations et à la colonne vertébrale, les radiographies pratiquées le 2 février 1961 mettent en évidence des altérations structurales des berges du pied des sacro-iliaques, prédominant à droite, caractérisées par une mauvaise visualisation de l'interligne, dont les berges présentent un aspect discrètement condensé. Au niveau de la colonne dorso-lombaire, on note une image syndesmophytique sur le bord latéral de D10, D12, et L1, L2, se présentant comme une opacité allongée de tonalité osseuse arciforme, à cheval sur l'interligne articulaire. Le potentiel évolutif de l'affection reste élevé chez ce malade, l'atteinte des articulations est marquée, la température se maintient aux environs de 38° malgré les corticoïdes. La V.S. a baissé sous l'effet du traitement.

Un contrôle radiologique pratiqué le 21 avril 1961 montre un aspect inchangé des syndesmophytes latéraux au niveau de D10, D12, L1, L2,

par contre il existe une accentuation de l'effacement des articulations sacro-iliaques.

En juin 1961, le malade continue à souffrir de façon quasi permanente de la colonne dorso-lombaire, les efforts sont mal supportés et les clichés pratiqués montrent les mêmes images syndesmophytiques de la colonne dorso-lombaire et une condensation des berges de la sacro-iliaque droite.

Le traitement d'entretien par aspirine et delta-cortisone est assez bien supporté.

En conclusion : après plusieurs mois de traitement ayant fait intervenir la thérapeutique par les corticoïdes, les salicylés, les sels d'or, la phénylbutazone, le malade est encore lié au traitement par cortisone, qui procure une amélioration des troubles locaux. L'évolution des atteintes radiologiques au niveau de la colonne et des sacro-iliaques confirment qu'il s'agit bien d'une Sp. A. survenant au décours d'un syndrome de F.L.R. chez un malade ayant eu une gonococcie dix mois auparavant.

OBSERVATION N° 11. — KE... Emile, 22 ans.

Après deux mois de séjour en Algérie, ce malade est rapatrié sanitaire sur le Val-de-Grâce.

L'affection a débuté le 23 juin par un épisode dysentérique (20 selles par jour) pendant 15 jours. Le 5 juillet, apparition de brûlures à la miction, puis successivement le 10, de gonalgie droite avec légère élévation de la température, chaleur et douleur, le 12, de gonalgie gauche. Le 14 juillet, le malade est hospitalisé à Sétif et accuse alors des arthralgies de l'épaule gauche et du coude droit. La V.S. est accélérée : 52/100. Le traitement corticoïde est institué et le malade évacué sanitaire avec une dose de 25 mg. A son arrivée dans le service, le 31 août 1960, on note une atteinte des deux genoux, de la tibio-tarsienne gauche, du coude droit, avec une nette amyotrophie et hypotonie des deux cuisses. Le malade ne signale pas de lombalgie.

Examens complémentaires :

— V.S. : 43/82.

— Hémogramme :

G.R. : 4.266.000 ; G.B. : 7.800.

Poly neutro : 53 % ; poly éosino : 0 % ; lympho : 29 % ; mono : 9 %.

— Fibrinémie : 11,80 g.

— Antistreptolysines : 200 unités.

— Séro-diagnostic de Wright : négatif.

— Les radiographies des articulations atteintes et des sacro-iliaques ne montrent alors aucune altération ostéo-articulaire.

Traitement : La corticothérapie est poursuivie et il a été nécessaire de remonter les doses de delta-cortisone à 40 mg, associée à l'aspirine, 4 g par jour et au repos absolu. En octobre, devant le caractère évolutif de l'affection, la chrysothérapie est entreprise sous surveillance hématologique et rénale ; cette cure se poursuit jusqu'en décembre.

Evolution : Après quelques jours de convalescence, le sujet revient, présentant une impotence fonctionnelle considérable. On essaie alors la physiothérapie associée à l'aspirine.

En mars 1961, soit dix mois après le début de l'affection, devant la persistance de l'évolution de la maladie, une nouvelle cure de sels d'or, qui durera jusqu'en fin avril, est entreprise, associée à l'aspirine, 3 g par jour.

A cette époque (11 mars 1961) les radiographies des sacro-iliaques montrent la formation d'une image de condensation en îlot de l'aileeron sacré gauche. L'interligne sacro-iliaque gauche est légèrement flou. En mai, de nouvelles radiographies montrent un aspect décalcifié des dernières vertèbres lombaires, l'image de condensation en îlot de l'aileeron sacré gauche est retrouvée, toutefois les interlignes sacro-iliaques sont plus nets ; aux genoux, présence de discrets signes inflammatoires des parties molles et décalcification homogène diffuse d'aspect fibrillaire ; absence d'altération visible au niveau des coudes et des épaules. En octobre l'on provoque des douleurs aux manœuvres d'écartement des ailes iliaques, ainsi qu'à la pression de la sacro-iliaque droite. Les radiographies montrent au niveau de la sacro-iliaque gauche la persistance de l'image de condensation nodulaire. Le test de Waaler Rose est négatif, la V.S. stabilisée à 2/4 au mois de décembre.

En conclusion : Forme sévère de F.L.R., au cours duquel la chrysothérapie n'a pas empêché l'apparition des lésions sacro-iliaques, et qui, après dix-huit mois d'évolution, laisse des séquelles importantes.

OBSERVATION N° 13. — AM... Lionel, 23 ans.

En 1956, alors qu'il séjourne en Algérie depuis quatre mois, est hospitalisé le 18 septembre à l'Hôpital Militaire Maillot, présentant une conjonctivite associée à une uréthrite. Quelques jours plus tard apparaissent une fluxion du poignet droit et des lombalgies, quatre jours après, atteinte du genou gauche avec douleur et gonflement. Les radiographies des sacro-iliaques pratiquées montrent déjà un pseudo-élargissement de la sacro-iliaque gauche qui est voilée et un léger flou de l'interligne droit.

Le malade est traité par delta-cortisone, rovamycine et injection locale d'hydrocortisone au niveau du genou gauche. Ce traitement entraîne une nette amélioration clinique et le malade quitte l'hôpital le 24 octobre 1956.

En 1961, il est alors revu au Val-de-Grâce, pour expertise, et signale que depuis mai 1957, il présente des douleurs sacro-iliaques droites et des sciatalgies droites, traitées par l'aspirine. Par la suite, ces crises douloureuses deviennent plus fréquentes et durent deux mois environ.

Actuellement (30 octobre 1961), persistance des douleurs lombaires après effort, aux changements de position et parfois en position couchée. Le sujet porte habituellement un lombostat.

A l'examen : on ne note pas d'amyotrophie. Aux manœuvres de mobilisation de la colonne, on trouve une gêne à la flexion du tronc en avant, surtout marquée pour le retour en extension. L'extension du tronc en arrière est impossible, la flexion latérale du tronc simplement ébauchée. Il n'y a pas de signe de Lasègue. Les hanches, les épaules, la colonne cervicale sont libres. Il n'y a pas de conjonctivite.

Examens complémentaires :

— V.S. : 4/10.

— Fibrinémie : 4 g.

— Test au latex : négatif.

Le 11 octobre 1961, les radiographies des genoux montrent un comblement du cul-de-sac sous-quadricipital à gauche. Les sacro-iliaques sont le siège de modifications bilatérales caractérisées par un élargissement et un flou des interlignes, dont les berges iliaques présentent des dentelures en « timbre poste » et une nette condensation. A la charnière dorso-lombaire les clichés mettent en évidence une ossification syndesmophytique jetée en pont sur le bord droit du disque D11, D12 et d'une bavure du listel marginal droit de L1, pouvant également traduire un début de syndesmophyte. Par ailleurs on note une rectitude et une scoliose lombaire à convexité gauche, mais une absence de cyphose dorsale.

En conclusion : L'on est en présence d'anomalies radiologiques du pelvis et du rachis dorso-lombaire associées à des signes cliniques qui traduisent une spondylarthrite ankylosante, 5 ans après un syndrome de F.L.R. typique avec atteinte sacro-iliaque précoce.

OBSRVATION N° 26. — ME... Pierre, 21 ans.

Rapatrié sanitaire d'Algérie après neuf mois de séjour ; ne présente aucun antécédent pathologique notable. L'affection a débuté fin sep-

tembre 1961, par des douleurs brusques de la hanche droite et des lombalgies entraînant une impotence fonctionnelle.

Lors de son hospitalisation à Alger, il présente au bout de deux semaines une conjonctivite et une urétrite qui s'accompagnent de l'atteinte successive du poignet droit, du poignet gauche, du coude droit et d'une tuméfaction sterno-claviculaire droite douloureuse. La corticothérapie est entreprise avec une dose initiale de 50 mg. Après un mois d'évolution sous traitement, le sujet est rapatrié en métropole. A son entrée dans le service, début novembre, on note une baisse importante de l'état général, une atteinte de la coxo-fémorale droite, des deux poignets du coude droit et une tuméfaction sterno-claviculaire droite. L'urétrite et la conjonctivite persistent et l'on observe une desquamation palmo-plantaire. Une amyotrophie considérable s'est installée, intéressant les groupes musculaires satellites des articulations atteintes, mais aussi les autres loges.

Examens complémentaires :

- V.S. : 80/112.
- Antistreptolysines : 90 unités A.S.
- Le séro-diagnostic de Wright est négatif.
- La recherche de cellules L.E. est également négative.
- Les radiographies des articulations atteintes et des sacro-iliaques montrent alors aucune altération ostéo-articulaire.

Traitement : La corticothérapie est poursuivie à doses dégressives ; la phénylbutazone (1 g par jour) et la chloroquine (0,30 g par jour) lui sont associées.

Evolution : En janvier 1962, après trois mois d'évolution, le traitement n'a pas amélioré notablement les signes fonctionnels et physiques, malgré une V.S. sensiblement normale. La chrysothérapie est alors entreprise sous surveillance hématologique et rénale (dose totale reçue : 60 cc). Les radiographies du 24 janvier 1962 ne montrent pas de lésion au niveau des poignets, de la colonne cervicale et de l'articulation sterno-claviculaire. On note alors une condensation des berges iliaques, au niveau des articulations sacro-iliaques, qui sont irrégulières, à la partie inférieure de l'articulation et dont l'interligne est par ailleurs élargi. Ces signes prédominent à droite. En février 1962, les phénomènes douloureux au niveau de la coxo-fémorale droite et de l'épaule droite nécessitent des injections locales de triamcinolone qui entraînent une amélioration. La chrysothérapie est poursuivie jusqu'à la mi-mars.

Après cinq mois de traitement par corticothérapie et chrysothérapie, le sujet se plaint de douleurs lombaires qui font pratiquer de nouveaux clichés des sacro-iliaques, le 27 avril 1962, sur lesquels persistent les

lésions déjà signalées, avec raréfaction osseuse des berges iliaques et prédominant au pied de l'interligne du côté gauche.

Après sept mois d'évolution, et malgré la thérapeutique, le malade présente alors des séquelles de F.L.R. caractérisées cliniquement par une amyotrophie de l'avant-bras droit et de la cuisse droite, sans hyperlaxité ligamentaire, des douleurs spontanées et provoquées au niveau des articulations sacro-iliaques.

En conclusion : Forme sévère du syndrome de F.L.R. avec atteinte sacro-iliaque bilatérale malgré la chrysothérapie. Après sept mois le potentiel évolutif de l'affection reste élevé.

OBSERVATION N° 27. — PE... Claude, 21 ans.

En juillet 1960, lors d'un premier séjour de sept mois en Algérie, ce sujet présente un syndrome de F.L.R. typique : urétrite, conjonctivite, polyarthrite traitée par phénylbutazone et chloroquine. En août 1961, lors d'un deuxième séjour en Algérie, ce malade fait une rechute de F.L.R. avec conjonctivite discrète, atteinte articulaire prédominant au niveau du genou droit et de la hanche droite, pyrexie : 38°.

Les examens pratiqués montrent alors :

— V.S. : 82/115.

— Numération formule :

G.R. : 4.040.000 ; G.B. : 7.600.

Poly neutro : 73 % ; lympho : 35 % ; mono : 12 %.

— Fibrinémie : 9,20 g.

— Antistreptolysines : 160 unités.

— Séro-diagnostic de Wright : négatif.

— Liquide synovial du genou droit : très nombreux leucocytes ; absence de germes.

Albumine : 60 g p. 1.000.

Rivalta : positif.

— Les radiographies des genoux et des sacro-iliaques du 5 septembre 1961 sont normales. Au niveau de la hanche droite on note une image d'ostéo-arthrite avec pincement articulaire et effacement des surfaces de contact ; les tomographies ne montrent pas de destruction osseuse localisée au niveau des surfaces articulaires.

Après un mois d'évolution, le sujet est rapatrié et entre dans le service en septembre 1961. On note alors : une amyotrophie considérable des quadriceps surtout à droite ; un gros genou droit avec point

douloureux au niveau de la tête tibiale. Le sujet se plaint de lombalgies et à la pression l'on trouve un point douloureux au niveau de la sacro-iliaque droite. Par ailleurs, l'examen clinique est normal.

Sur les radiographies pratiquées alors, on trouve un aspect flou et élargi de l'articulation sacro-iliaque droite. Au niveau du genou droit, élargissement de l'interligne, décalcification sous-chondrale des condyles et des plateaux tibiaux.

Le traitement : associe la corticothérapie per os (50 mg au départ) aux injections locales de triamcinolone, et à la physiothérapie.

Evolution : En décembre, une amélioration notable de l'état général est obtenue, ainsi qu'une absence de tout signe fonctionnel de type douloureux. En janvier 1962, le malade se plaint de douleurs au niveau des genoux et de la hanche droite ; apparition de placards érythémateux avec œdème au niveau des mains. Les radiographies du 19 janvier montrent un élargissement de l'interligne et un flou des berges prédominant au niveau de la partie inférieure de l'articulation sacro-iliaque droite. Ce malade revient en mars 1962, il accuse toujours des douleurs sacro-iliaques prédominant à droite et survenant après un effort. Les genoux sont normaux, il persiste une légère amyotrophie des masses musculaires du membre inférieur droit.

Les nouveaux clichés pratiqués le 1^{er} mars 1962 ne permettent pas de retrouver les images de flou et d'irrégularité observées antérieurement au niveau de la sacro-iliaque droite. Les interlignes sont nets, les bords non condensés. Au niveau des genoux on assiste également à une régression du processus de décalcification sous-chondrale.

En conclusion : après huit mois d'évolution, une stabilisation clinique et biologique semble être obtenue et l'on assiste à une régression des atteintes radiologiques articulaires, en particulier au niveau de la sacro-iliaque droite.

OBSRVATION N° 29. — BO... Henri, 20 ans.

Le malade est hospitalisé au début d'août 1962, pour gonalgie gauche, il n'a jamais séjourné en Afrique du Nord. Dans ses antécédents on relève un rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 14 ans, un zona en janvier 1962 et il y a une quinzaine de jours, il a été traité en urologie pour une cystite.

Donc, au décours d'une cystite, apparition d'une gonalgie gauche qui augmente d'intensité, rendant la marche impossible. A l'examen, on trouve un léger empâtement articulaire, une augmentation de la chaleur locale et une hydarthrose avec choc rotulien. Connaissant les antécédents du sujet, on pense à une rechute de rhumatisme articulaire aigu, mais cette hypothèse doit être rejetée.

Quelques jours plus tard, on provoque une douleur à l'examen de l'articulation sacro-iliaque droite, le genou droit est atteint à son tour et présente le même aspect que le gauche : tuméfié et douloureux. Après trois semaines d'évolution, les deux coudes sont touchés, avec légère tuméfaction péri-articulaire et impotence fonctionnelle gênant l'accomplissement des gestes usuels. Apparition dans le même temps d'arthralgies sacro-iliaques spontanées, surtout à droite, et d'arthralgies tibio-tarsiennes sans modifications objectives.

Les données des examens complémentaires sont les suivantes :

— V.S. : 110/130.

— Numération formule :

G.R. : 5.000.000 ; G.B. : 6.400.

Poly neutro : 49 % ; Poly éosino : 3 %.

Lympho : 39 % ; Mono : 2 %.

— Fibrinémie : 8 g.

— Electrophorèse :

- protides totaux : 74 g p. 1.000 ;

- albumine : 34,9 g % ;

- globulines : 39,1 g % ;

- rapport A/G : 0,89 %.

— Antistreptolysines : 80 unités AS/ml.

— Séro-diagnostic de Wright : négatif.

— Examen de selles : négatif.

— Coproculture : absence de salmonelles pathogènes et de shigelles ; les lésions osseuses ou articulaires visibles sur les divers articles radiographiés : genoux, coudes, sacro-iliaques.

Le 12 octobre, par contre, un empâtement des parties molles de la région sus-rotulienne, plus important à droite, est noté au niveau des genoux. On observe au niveau de la sacro-iliaque gauche un élargissement très important et un flou de l'interligne articulaire, surtout dans sa partie inférieure, associés à une condensation de la berge iliaque. Ces altérations sont retrouvées sur les clichés sous compression.

Le traitement mis en œuvre associe : phénylbutazone, 1 g par jour du 15 au 25 août 1962, delta-cortisone commencée à 65 mg le 25 août, chrysothérapie (60 cc au total), sous surveillance hématologique et rénale.

Evolution : Pendant plusieurs mois et malgré le traitement, le syndrome de F.L.R. conserve un potentiel évolutif élevé marqué par une sédiométrie variable, des poussées fluxionnaires importantes, surtout au

niveau des genoux, nécessitant des ponctions évacuatrices avec injection locale de triamcinolone, l'installation assez rapide d'une amyotrophie notable, surtout au niveau des quadriceps.

Après six mois d'évolution, on assiste à un retour des tests biologiques à la normale, ne présentant plus de caractère d'évolutivité. Il persiste cependant cliniquement des genoux globuleux avec hyperlaxité ligamentaire et des douleurs intermittentes au niveau des chevilles et des sacro-iliaques. Radiologiquement, en janvier 1963, on ne retrouve plus sur les clichés l'élargissement de l'interligne sacro-iliaque gauche, mais il existe toujours une condensation de la berge iliaque.

Au niveau des genoux et des coudes, il n'existe pas de lésion osseuse radiologiquement visible, il persiste un discret empatement des parties molles sus-rotuliennes. En mars 1963, le sujet signale quelques douleurs fugaces au niveau des genoux et des sacro-iliaques. La morphologie des membres inférieurs est actuellement sensiblement normale, seule persiste un légère laxité ligamentaire des genoux.

En conclusion : Syndrome de F.L.R. évolutif suivi pendant huit mois, au cours desquels l'on a vu les lésions des articulations sacro-iliaques se constituer malgré le traitement, puis régresser sur le plan radiologique, alors que persistent quelques signes cliniques.

OBSERVATION N^o 30. — MA... Bernard, 20 ans.

Rapatrié sanitaire d'Algérie après cinq mois de séjour. Dans ses antécédents, on retient un rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 12 ans, traité par salicylate, sans atteinte cardiaque.

La maladie débute, en juillet 1962, par des lombalgies avec irradiation sciatique, et un épisode diarrhéique sans uréthrite ni conjonctivite. Puis survient une poussée fluxionnaire bilatérale au niveau des genoux, avec tuméfaction douloureuse des culs-de-sac sous-quadricipitaux. L'examen somatique par ailleurs est normal, notamment il n'y a aucun signe d'atteinte cardiaque.

Examens complémentaires :

— V.S. : 43/76.

— Hémogramme :

G.R. : 4.800.000 ; G.B. : 8.600.

Poly neutro : 62 % ; Poly éosinq : 4 %.

Mono : 3 % ; Lympho : 31 %.

— Fibrinémie : 5,40 g.

— Antistreptolysines : 125 unités.

— Electrophorèse :

- protides totaux : 78 g ;
- rapport A/G : 0,75 % ;
- alpha 1 : 5 % ; alpha 2 : 13 % ; bêta : 12 % ; gamma : 17 %.

— Liquide de ponction des genoux : liquide citrin très inflammatoire.

— E.C.G. : normal, arythmie sinusale respiratoire.

— Les radiographies des genoux sont normales.

Chez ce sujet avec antécédents de rhumatisme articulaire aigu, cette polyarthrite aiguë a évoqué en son début une récurrence de maladie de Bouillaud, mais le contexte épidémiologique, l'aspect clinique, l'absence de localisation cardiaque clinique et électrique et surtout l'évolution torpide sous corticothérapie constituent autant d'arguments en faveur d'un syndrome de F.L.R. incomplet.

Le traitement institué comporte : delta-cortisone (commencée à 60 mg), associée les dix premiers jours à un million d'unités de pénicilline.

Evolution : Après un mois, la defervescence n'est pas obtenue, les tests biologiques sont immuables, en particulier V.S. accélérée, les arthralgies persistent. Le sujet est alors rapatrié sur la métropole. En septembre, il présente toujours une gonalgie bilatérale à majoration gauche, une hydarthrose des deux genoux, avec empatement péri-articulaire, une limitation de la flexion du genou gauche. Une amyotrophie notable des deux cuisses s'est installée. Les autres articulations sont indemnes.

Les radiographies du 5 septembre 1962 n'objectivent pas de lésion osseuse des genoux ; au niveau des sacro-iliaques, absence d'image évocatrice d'un F.L.R., si ce n'est quelques images de raréfaction lacunaire au niveau de la berge sacrée gauche.

On poursuit la corticothérapie en y associant de l'aspirine à la dose de 2 g par jour.

En novembre, le malade se plaint de douleurs au niveau des ailes iliaques, les radiographies du 16 novembre 1962 montrent un aspect flou et discrètement élargi des sacro-iliaques avec condensation des berges, plus marqué à gauche.

Le malade est revu en janvier 1963, pratiquement stabilisé du point de vue clinique et biologique, l'aspect radiologique des sacro-iliaques reste inchangé, aux niveaux des genoux il est toujours normal.

En conclusion : Après huit mois d'évolution, ce malade présente des séquelles de F.L.R. caractérisées cliniquement par un aspect globu-

leux des genoux sans limitation des mouvements, une discrète amyotrophie quadricipitale gauche, des lombalgies basses et radiologiquement, un aspect flou et élargi des articulations sacro-iliaques à majoration gauche.

OBSERVATION N^o 36. — BA... Jean, 23 ans.

(Cette observation est due à l'obligeance du Médecin Commandant Félix, Professeur Agrégé du Val-de-Grâce, Chef du Service de Médecine à l'Hôpital Desgenettes, que nous tenons ici à remercier vivement).

Au début de juin 1962, l'affection débute par un épisode de diarrhée très liquide, non améliorée par le ganidan et les parégoriques.

Le 19 juin apparaissent des troubles uréthraux caractérisés par un écoulement de pus entre les mictions, des brûlures à la miction, une dysurie et une légère pollakiurie. Une conjonctivite bilatérale avec forte hyperhémie se manifeste le 24 juin, alors que, depuis cinq jours, les signes articulaires se développent progressivement, atteignant le genou droit, la cheville gauche, le genou gauche, la cheville droite et le coude droit. Ces troubles s'accompagnent d'une baisse de l'état général, avec asthénie, anorexie, amaigrissement rapide et notable et température à 38°-39°. En outre le malade se plaint de lombalgies.

Examens complémentaires :

— V.S. accélérée à 120 la première heure.

— Numération formule : hyperleucocytose à 23.800, dont 80 % poly-neutro.

— Absence de diplocoque dans le pus uréthral.

— Fibrinémie : 10 g/l.

— Antistreptolysines : 120 unités.

— Examen de selles : négatif.

— Séro-diagnostic des shigelles : négatif.

— Electrophorèse :

- protides totaux : 72 g p. 1.000 ;

- albumine : 57 % ;

- globulines alpha 1 : 4 % ; alpha 2 : 14 % ; bêta : 10 % ;
gamma : 15 %.

— Test au latex : négatif.

— Les radiographies des articulations atteintes pratiquées le 30 juillet 1962 ne montrent aucune anomalie ostéo-articulaire. Les radiographies de la colonne lombaire et des sacro-iliaques pratiquées à

la même date, ne montrent alors aucune altération radiologiquement visible.

Le traitement jusqu'ici institué comprenait : tétracycline, chloroquine : 30 cp ; delta-cortisone : 30 mg par jour, puis 25 ; l'on utilise ensuite des perfusions d'A.C.T.H. à 50, puis 25 mg.

Evolution : Le 30 août 1962, il s'agit d'un syndrome de F.L.R., comme le prouvent les éléments anamnestiques, toutefois la persistance des douleurs au niveau des articulations et d'une sédiométrie élevée laissent toujours planer le doute d'une Sp. A. à début périphérique. Cependant l'intégrité radiologique des articulations confirme bien le diagnostic de F.L.R. à forme cachectisante.

Le 30 octobre 1962, le sujet est alors rapatrié sur la métropole, présentant un syndrome de F.L.R. sévère, avec amyotrophie très importante, prédominant au niveau des quadriceps, et des tests inflammatoires, toujours perturbés malgré trois mois de traitement.

En novembre, le sujet est hospitalisé à l'Hôpital militaire d'Instruction Desgenettes, à Lyon.

Les signes d'évolutivité du syndrome de F.L.R. persistent, tant sur le plan clinique que biologique ; le 25 novembre 1962 de nouvelles radiographies sont pratiquées qui objectivent, au niveau des sacro-iliaques, un élargissement de l'interligne sacro-iliaque droit avec décalcification sous-chondrale, aspect condensé de la partie haute de la sacro-iliaque droite.

Au niveau de la colonne dorso-lombaire l'on voit apparaître un agrafage syndesmophytique siégeant au bord droit du disque L3, L4. Sur les clichés des genoux et des chevilles, l'on note un processus de raréfaction calcique en bandes transversales métaphysaires au niveau des fémurs et des tibias. Le traitement par les corticoïdes et la chloroquine est poursuivi. En février 1963, l'on obtient une amélioration de l'état général, mais persistance de douleurs articulaires fugaces, intéressant surtout la jonction cervico-dorsale, les vertèbres lombaires, avec raideur de la colonne. De plus le malade se plaint de lombalgies fréquentes, de gonalgies bilatérales avec présence de signes inflammatoires locaux et d'une amyotrophie quadricipitale importante avec hypotonie. Les nouveaux clichés pratiqués montrent toujours au niveau des sacro-iliaques un flou de la partie inférieure des deux articulations, ainsi qu'un élargissement de l'interligne. Présence sur les radiographies de la colonne lombaire d'une syndesmophyte siégeant au bord droit de l'interligne L3, L4 sans autre anomalie visible.

Sur le plan biologique on obtient une stabilisation de l'évolution, le traitement par physiothérapie et mécanothérapie est poursuivi, l'amyotrophie est en voie de régression.

En conclusion : Syndrome de F.L.R. sévère au cours duquel l'on a vu se développer rapidement les signes radiologiques caractéristiques de la Sp. A.

OBSERVATION N° 39. — CO... André, 21 ans.

En 1955, ce malade a présenté une poliomyélite guérie sans séquelle. En 1960, alors qu'il était en Algérie, après un épisode diarrhéique il ressent des douleurs lombaires basses prédominant et irradiant vers la fesse gauche, ces douleurs s'accompagnant d'un herpès du gland, mais à l'époque il n'y a pas de conjonctivite ni d'autre atteinte articulaire.

En août 1961, le malade se plaint à nouveau de douleurs sciatiques gauches avec pincement discal L5, S1, à la fin du mois apparaît une hydarthrose du genou gauche avec écoulement urétral. A la fin septembre apparaissent une conjonctivite et des douleurs sacro-iliaques. Le genou droit est atteint à cette même époque.

Les examens complémentaires pratiqués montrent :

- V.S. : 82/115 (le 20 août 1961) ; 57/91 (le 28 octobre 1961).
- Hémogramme :
G.R. : 4.030.000 ; G.B. : 8.600.
Poly neutro : 56 % ; Poly 'éosino : 4 %.
Lympho : 38 % ; Mono : 2 %.
- Fibrinémie : 3 g/l.
- Réaction de Waaler Rose : négative.
- Antistreptolysines : 30 unités.
- Electrophorèse :
 - albumine : 58 % ;
 - globulines alpha 1 : 4 % ; alpha 2 : 8 % ; bêta : 14 % ;
gamma : 16 %.
- Examen parasitologique des selles : négatif.
- Coproculture : absence de salmonelles pathogènes et de shigelles.
- Radiographies : il existe sur les clichés des sacro-iliaques pratiqués en septembre un aspect condensé étendu de l'interligne du côté gauche.

Le traitement par delta-cortisone, commencé à 40 mg, n'a que peu d'action sur l'évolution de la maladie, les tests biologiques restent perturbés, une amyotrophie quadricipitale bilatérale s'installe, les arthralgies persistent au niveau des genoux, des sacro-iliaques de la colonne lombaire. Des perfusions d'A.C.T.H. intra-veineuses à la dose de 25 mg sont utilisées (50 perfusions au total).

A la fin novembre, la chrysothérapie est instituée, elle durera jusqu'à la fin février (dose totale reçue : 60 cc de sulfure d'or colloïdal en 17 injections). Pendant une période de 30 jours, la chloroquine lui est associée à la dose de 30 cg par jour.

Evolution : En mai 1962, le sujet est revu, il se plaint de douleurs du genou droit et de l'épaule gauche, les douleurs sacro-iliaques sont moins intenses. Les mouvements de la colonne lombaire sont limités, on trouve un point douloureux au niveau de L5 et des douleurs sourdes à la mobilisation des sacro-iliaques. Les radiographies des sacro-iliaques montrent un aspect inchangé des lésions au niveau de l'articulation gauche, constituées par une condensation osseuse étendue de la berge iliaque.

En conclusion : Après dix mois d'évolution, le malade n'est pas entièrement stabilisé du point de vue biologique, persistance d'arthralgies au niveau des genoux et des sacro-iliaques, le sujet quitte le service et une nouvelle cure de sels d'or est envisagée lorsque l'intervalle de trois mois sera révolu.

OBSERVATION N° 40. — MO... Claude, 21 ans.

Rapatrié sanitaire d'Algérie après 13 mois de séjour.

Dans ses antécédents on ne relève qu'une hydarthrose traumatique du genou droit en 1951.

Le 1^{er} octobre 1961, épisode diarrhéique important (10 selles par jour) qui durera une semaine, avec apyrexie, suivi le 25 octobre 1961 d'arthralgie du genou gauche avec hydarthrose et impotence fonctionnelle, trois jours plus tard le genou droit est atteint et une conjonctivite bilatérale apparaît. Le sujet ne signale pas de lombalgies.

Une amyotrophie importante des deux quadriceps s'installe rapidement, les genoux ont un aspect globuleux, l'impotence fonctionnelle est manifeste, l'amaigrissement important. Malgré la corticothérapie, la V.S. reste accélérée (53/75) et le sujet est rapatrié. A son arrivée, le 25 novembre 1961, il présente un amaigrissement de 8 kg, une asthénie marquée, une anorexie modérée. Sur le plan fonctionnel, impotence marquée des deux genoux. Cliniquement, les deux genoux sont globuleux, fluxionnaires, avec hydarthrose prédominant à droite, l'amyotrophie des deux cuisses est importante. Il n'y a pas d'autre atteinte articulaire et par ailleurs l'examen clinique reste négatif.

Les examens complémentaires nous donnent les résultats suivants :

— V.S. : 40/80 (le 27 novembre 1961) ; 4/10 (le 13 mars 1962) ; 19/25 (le 19 janvier 1962) ; 3/7 (le 2 avril 1962).

— Hémogramme :

G.R. : 4.400.000 ; G.B. : 9.000.

Poly neutro : 60 % ; Poly éosino : 2 %.

Lympho : 32 % ; Mono : 2 %.

— Urines : sucre, albumine, néant.

— Fibrinémie : 7,20 g le 27 novembre 1961.

— Séro-diagnostic de Wright : négatif.

— Gono-réaction : négative.

— Examens de selles : négatifs.

— Les radiographies sacro-iliaques du 29 novembre montrent un élargissement de l'interligne avec flou et érosion des surfaces articulaires des deux sacro-iliaques. Le 6 février 1962, le même aspect radiologique des articulations sacro-iliaques est retrouvé.

Le traitement utilisé fut le suivant : delta-cortisone à doses dégressives à partir de 40 mg pendant 43 jours, A.C.T.H. en perfusion de 25 mg : 57 perfusions.

Phénylbutazone : 750 mg par jour pendant 10 jours.

Aspirine : 3 g par jour pendant 24 jours.

Chloroquine : 27 g au total.

Sulfure d'or colloïdal : 60 cc au total.

Evolution : En mai l'on obtient une nette amélioration de l'état des genoux, mais persistance des douleurs sacro-lombaires à la fatigue, mal calmées par le décubitus. A l'examen, les genoux sont secs et indolores, leurs mouvements ne sont pas limités. La mobilisation des sacro-iliaques est douloureuse des deux côtés.

La V.S. est stabilisée à 4/11, la fibrinémie à 2,75 g. Le test au latex est négatif.

Les radiographies du 15 juin 1962 montrent le même aspect d'arthrite sacro-iliaque bilatérale.

En juin 1962, une nouvelle cure de sels d'or est entreprise.

En conclusion : Syndrome de F.L.R. avec ostéo-arthrite sacro-iliaque bilatérale, évoluant depuis neuf mois. Malgré une nette amélioration, l'affection présente toujours un certain caractère évolutif.

OBSERVATION N° 41. — LA... André, 20 ans.

Rapatrié sanitaire d'Algérie après quatre mois de séjour, ne présente aucun antécédent pathologique notable.

L'affection débute dans les premiers jours d'octobre 1961, par un épisode diarrhéique suivi huit jours plus tard de brûlures à la miction. Le 16 octobre, apparition d'une poussée inflammatoire au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche avec accélération de la V.S. Il n'y a pas alors d'autre atteinte articulaire ni de douleurs oculaires. Le

6 novembre, nouvelle poussée inflammatoire touchant la cheville gauche, puis les deux genoux, qui sont augmentés de volume et très douloureux à la mobilisation. Il n'y a pas d'hydarthrose, ni augmentation de la chaleur locale.

Les examens complémentaires pratiqués sont les suivants :

— V.S. : 43/76.

— Hémogramme :

G.R. : 4.000.000 ; G.B. : 8.000.

Poly neutro : 81 % ; Lympho : 19 %.

— Fibrinémie : 5,4 g.

— Antistreptolysines : 280 U.A.S.

— Electrophorèse :

- protides totaux : 74 g p. 1.000 ;

- albumine : 54,2 % ;

- globulines alpha 1 : 2,5 g ; alpha 2 : 14,4 % ; bêta : 12,5 % ;

gamma : 16,4 %.

Traitement : La corticothérapie est instituée avec 40 mg de delta cortisone associée à la terramycine.

Evolution : Le 22 novembre, malgré la corticothérapie, persistance d'un état subfébrile. La V.S. reste cependant basse, les signes articulaires stationnaires. Le sujet est rapatrié sur la métropole.

Le 30 novembre 1961, le malade se plaint de douleurs spontanées au niveau de la cheville gauche, des deux genoux, de la colonne lombaire. L'épaule, le coude et le poignet gauches sont également le siège de phénomènes douloureux. Persistance d'un état subfébrile.

A l'examen, la tibio-tarsienne gauche est chaude, douloureuse, avec limitation des mouvements et œdème important. En outre, l'on provoque des douleurs lombaires à la pression et à l'écartement des ailes iliaques.

Les radiographies sacro-iliaques montrent un remaniement de la structure osseuse des berges iliaques et il existe un flou marqué surtout au pied de l'interligne gauche.

Le 12 janvier 1962, l'aspect radiologique de la sacro-iliaque gauche reste inchangé, on note une discrète ostéoporose du tarse antérieur au niveau des tibio-tarsiennes droite et gauche.

La corticothérapie associée à la physiothérapie est poursuivie.

En avril 1962, le malade accuse des lombalgies importantes et se plaint de douleurs de la cheville gauche, des deux genoux et des trois articulations du membre supérieur gauche. Les nouvelles radiographies montrent un aspect inchangé pour les sacro-iliaques le 7 avril 1962.

Une cure de chrysothérapie commencée le 9 avril 1962 doit être interrompue pour intolérance cutanée, la chloroquine associée à la physiothérapie est alors utilisée.

En conclusion : Syndrome de F.L.R. avec atteinte radiologique des sacro-iliaques, une stabilisation clinique et biologique est obtenue après 7 mois d'évolution.

*
**

A la lumière de ces observations, nous étudierons successivement :

1° Les signes cliniques et radiologiques de l'atteinte des sacro-iliaques.

2° Les rapports entre les atteintes sacro-iliaques et la forme clinique du F.L.R.

3° Les rapports entre les atteintes sacro-iliaques et le traitement antérieur.

4° La nosologie des atteintes sacro-iliaques du syndrome de F.L.R.

5° La thérapeutique de ces atteintes.

6° Les incidences médico-militaires.

SIGNES CLINIQUES ET RADIOLOGIQUES DE L'ATTEINTE DES SACRO-ILIAQUES

A. — Le syndrome clinique

L'atteinte des sacro-iliaques se manifeste cliniquement par trois ordres de symptômes : la douleur spontanée, l'impotence fonctionnelle, les signes fournis par l'examen physique.

La douleur spontanée siège au niveau de la région lombaire basse, souvent référée à la partie haute de la fesse ; c'est un « lumbago bas situé » (Marche). Ses irradiations crurales postérieures lui donnent parfois un caractère vaguement sciatalgique. Elle est variable quant à son intensité et à son évolution : soit continue, soit présentant des phases de recrudescence et d'accalmie. Elle est souvent exacerbée dans la seconde moitié de la nuit et peut être exagérée par le décubitus ou la position assise.

L'impotence fonctionnelle est en règle peu marquée, allant d'une simple gêne accompagnant la douleur spontanée à une boiterie légère avec rigidité segmentaire du rachis lombaire.

L'examen clinique donne des signes d'interprétation souvent difficile. On peut cependant attacher une certaine valeur à la recherche de la douleur provoquée à la palpation, qui doit être pratiquée sur le sujet couché à plat ventre : la pression profonde au niveau de l'interligne sacro-iliaque peut révéler l'existence d'un point douloureux électif. Les manœuvres de rapprochement et d'écartement des ailes iliaques, mobilisant les sacro-iliaques, sont fréquemment positives, réveillant nettement les douleurs révélées à la

palpation. Les mouvements d'hyperflexion de la cuisse sur le bassin, mobilisant les sacro-iliaques en « cisaille », donnent des renseignements moins précis. L'absence de signe de Lasègue, et un examen neurologique négatif, permettent de différencier ces douleurs à topographie souvent fessière avec irradiation crurale postérieure, d'une véritable sciatique.

B. — Syndrome radiologique

Les atteintes radiologiques précoces des sacro-iliaques dans le syndrome de F.L.R. étant souvent discrètes et difficiles à déceler, il est indispensable de posséder des clichés de bonne qualité et de les interpréter avec soin.

L'étude doit être faite à l'aide de clichés pris de face, en décubitus dorsal, après évacuation intestinale, et sous compression pour éliminer toute image gazeuse. L'axe des rayons doit suivre le plan de l'interligne L5, S1, cette incidence permettant de voir sur le même cliché les deux interlignes sacro-iliaques et l'interligne lombo-sacré.

Les clichés en oblique ou de trois quarts pour chaque articulation peuvent également être utiles ; en cas d'interprétation litigieuse des tomographies de 4 à 10 centimètres du plan postérieur pouvant préciser l'état des surfaces articulaires et les contours de l'interligne.

Cet interligne présente le plus souvent un aspect en Y schématisant les trois éléments qui le composent :

- une branche antérieure formée par la juxtaposition des bords antérieurs des surfaces articulaires de l'os coxal et du sacrum ;

- une branche postérieure formée de la juxtaposition des bords postérieurs des deux surfaces articulaires ;

- enfin le pied qui est constitué par la partie inférieure des deux branches.

Les premiers signes d'atteinte radiologique des sacro-iliaques qu'il faut savoir dépister consistent en :

— un pseudo-élargissement de l'interligne par décalcification marginale de 2 à 3 mm d'épaisseur ;

— un aspect flou et irrégulier des bords, avec des images de condensation osseuse péri-articulaire en large bande verticale le long de la berge iliaque de l'articulation.

Comme l'a écrit Ravault, souvent cette « étude radiologique est délicate, et nous avons été frappés par les difficultés que l'on éprouve à interpréter les clichés ». Nos clichés ont été soigneusement examinés avec les radiologistes, et répétés en cas de doute sur l'intégrité ou sur l'atteinte des interlignes sacro-iliaques.

Les anomalies qui constituent le premier stade de l'atteinte radiologique des sacro-iliaques pourront évoluer ensuite vers les deux autres stades classiquement décrits (Forestier) ; ils consistent, au stade II, en un remaniement important de la structure de la zone articulaire, un effacement progressif de l'interligne et une diminution de l'intensité de la condensation osseuse, donnant un aspect tigré et pommelé. Enfin, au stade III, on assiste à une disparition totale de l'interligne, et à une ankylose osseuse, la condensation elle-même disparaît, l'os reprenant sa densité normale.

Ce sont ces faits qui nous ont servi de base pour l'étude de l'atteinte des sacro-iliaques chez nos 88 malades.

— PREMIER GROUPE DE 43 OBSERVATIONS.

Il s'agit, comme nous l'avons dit, de malades observés directement sans triage préalable dans un service de médecine d'un hôpital militaire d'Algérie. On sait que le syndrome de F.L.R. sévit à l'état endémique en Afrique du Nord et nous avons retrouvé chez nos malades les caractères épidémiologiques de cette affection tels qu'ils ont été mis en évidence par les médecins militaires précédemment cités. Elle survient pendant la saison chaude

(mois de mai à octobre), touche électivement les sujets jeunes et récemment transplantés, ceux-ci se trouvant le plus souvent dans des conditions d'hygiène précaire, vivant en collectivité, et en état de moindre résistance physique du fait du climat et des efforts qu'ils ont à fournir.

Parmi eux, huit se sont plaints de lombalgies qui ont été notées soit dès l'entrée, soit au cours des premières semaines d'évolution de la maladie. Dans cette série de 43 malades, le pourcentage des lombalgies est donc de 18,6 %. En 1948, Paronen, rapportant 344 cas de F.L.R. observés en Finlande pendant la guerre 1940-1945, après une épidémie de dysenterie bacillaire, relève seulement 7 cas d'atteinte clinique des sacro-iliaques, soit 0,3 %. Un seul de nos 8 malades (Obs. 9) présentait à l'examen clinique des signes d'atteinte sacro-iliaque avec douleur provoquée.

Sur ces 8 malades, 7 ont eu des radiographies des sacro-iliaques, dont :

- 5 radiographies normales ;
- 2 radiographies anormales.

Mais par ailleurs, dans cette série de 43 malades, parmi les 35 qui n'ont pas présenté de lombalgies, 16 ont eu systématiquement des radiographies des sacro-iliaques qui ont révélé seulement deux fois des anomalies des interlignes.

Ces résultats sont rapportés dans le tableau N° 1.

TABLEAU N° 1 (MALADES DU 1^{er} GROUPE)

	MALADES AVEC LOMBALGIES	MALADE SANS LOMBALGIES	TOTAL
Nombre de malades ...	8	35	43
Radiographies S.I. pratiquées	7	16	23
Radiographies normales	5	14	19
Anomalies des S.I. ...	2	2	4

Ce qui nous fait un pourcentage de 17,5 % d'anomalies des articulations sacro-iliaques sur 23 malades radiographiés au cours des quatre à cinq premières semaines d'évolution. Ce pourcentage est voisin de celui rapporté par Roumagnac, Ferrand et Pernod, qui notent 23 % d'anomalies sacro-iliaques sur 69 malades radiographiés après cinq à six semaines d'évolution.

En 1950, Marche, à propos de 46 observations de F.L.R., constate dans neuf cas une atteinte des sacro-iliaques, soit 19,4 %, mais estime que dans les formes évoluant de façon subaiguë ou chronique, cette atteinte peut s'élever au taux de 60 à 80 %.

Sur 126 cas de syndrome de F.L.R. observés en 1950, Harknesse rapporte seulement 5,4 % d'atteinte des sacro-iliaques. Dans leurs travaux publiés en 1958, Murray, Oates et Young mentionnent un pourcentage de 39 % d'atteinte des sacro-iliaques ; ce chiffre est voisin de ceux publiés par Csonka la même année : 32 % dans une série de 134 malades. Mason, sur 25 cas de F.L.R., a noté huit atteintes bilatérales, soit 32 % également, ce taux passant à 54 % après plus de cinq ans d'évolution. Bourrel, dans sa thèse, en retient cinq cas sur 44 F.L.R., soit 11 %, et Bruneau, sur 15 clichés pratiqués, note dans cinq cas des irrégularités de contours des berges sacro-iliaques. Masbernard étudie dans leur ensemble les atteintes articulaires ; sur 227 localisations, il trouve seulement une atteinte sacro-iliaque, soit un pourcentage de 0,4 %.

Du point de vue radiologique, les modifications précoces sont bilatérales chez trois malades et unilatérales chez le quatrième. Elles sont discrètes, parfois localisées à une partie de l'interligne et sur les clichés les aspects décrits correspondent à ceux du stade I de la Sp. A., c'est-à-dire qu'il existe un flou de l'interligne, qui apparaît irrégulier, parfois comme rongé, paraissant élargi ; mais c'est en fait un pseudo-élargissement dû à la décalcification des berges, surtout de la berge iliaque. Les signes de condensations osseuses peuvent coexister dès cette période, achevant de

compléter le tableau radiologique. Nos deux observations 11 et 19 en constituent des exemples.

— DEUXIÈME GROUPE DE 45 OBSERVATIONS.

Ce groupe est constitué par des malades hospitalisés en France ; dans huit cas il s'agit de syndrome de F.L.R. autochtones chez des sujets n'ayant jamais séjourné en Afrique du Nord. Les 37 autres sont des malades rapatriés d'Algérie, où le syndrome de F.L.R. s'est installé et dont l'hospitalisation en France a été nécessaire en raison de l'évolution prolongée et sévère.

Pour l'ensemble de ces malades, le recul évolutif dont nous disposons varie de cinq mois à cinq ans, avec une moyenne de huit à douze mois.

Vingt-deux de ces malades ont accusé, à un moment quelconque de l'évolution, des lombalgies d'intensité variable. Il peut s'agir de manifestations discrètes que seul un interrogatoire précis met en évidence, ou au contraire de douleurs vives de la région lombo-sacrée avec gêne fonctionnelle, boiterie et contracture musculaire. Le siège de ces douleurs est le plus souvent la région lombaire basse, avec irradiation fessière haute et crurale postérieure. Elles ont présenté un caractère continu, permanent, chez la plupart, et dans certain cas la survenue élective dans la seconde moitié de la nuit a pu être mise en évidence.

Sur ces 22 cas de lombalgies, 17 furent notés au cours des trois premiers mois suivant l'apparition du F.L.R., 5 seulement après trois mois d'évolution. Le pourcentage des lombalgies dans ce groupe de malades est donc de 49 %.

Dans 5 cas il existait une sciatalgie associée. Dans 11 cas les articulations sacro-iliaques étaient douloureuses soit à la pression directe, soit aux différentes manœuvres de rapprochement et d'écartement des ailes iliaques.

Chez ces 22 lombalgiques, des radiographies des sacro-iliaques ont été pratiquées, souvent même à plusieurs

reprises à quelques mois d'intervalle ; dix fois elles furent normales, douze fois elles montrèrent des anomalies. Parmi les 23 malades restant, qui n'ont pas présenté de douleurs lombaires, 11 subirent un examen radiographique systématique des sacro-iliaques ; dans tous les cas, cet examen fut normal.

Toutes ces données sont résumées par le tableau N° 2.

TABLEAU N° 2 (MALADES DU 2° GROUPE)

	MALADES AVEC LOMBALGIES		MALADES SANS LOMBALGIES		TOTAL
		%		%	
Nombre de malades	22	48,8 %	23	51,2 %	45
Radios S.I. pratiquées ..	22	66,6 %	11	33,4 %	33
Radios S.I. normales ...	10	45,4 %	12	54,6 %	22
Radios S.I. anormales ...	12	100 %	0		12

Chez ces malades présentant une atteinte radiologique sacro-iliaque, celle-ci est unilatérale dans six cas (Obs. 8, 11, 27, 29, 39, 41) et bilatérale chez les six autres (Obs. 9, 13, 26, 30, 36, 40).

Les modifications radiologiques observées dans ce groupe de malades ont été tout d'abord identiques à celles du premier groupe, c'est-à-dire que nous avons noté chez neuf malades une ostéo-arthrite sacro-iliaque correspondant au stade I radiologique de la Sp. A. : pseudo-élargissement de l'interligne de l'articulation ; l'importance de ces modifications est variable, il s'agit parfois d'un simple flou de l'interligne avec berges osseuses moins nettes, la radiographie sous compression confirmant cet aspect rongé des bords, réalisant la classique image en « timbre poste ». Quant à la condensation marginale, elle n'existe pas toujours à un stade précoce et lorsqu'elle est présente, son extension en hauteur et en largeur est variable.

Dans un cas même (Obs. 11), cette condensation se présentait comme une image en îlot de l'aileron sacré gauche, analogue à celles que l'on rencontre au cours du

syndrome de F.L.R., mais généralement dans les épiphyses des os longs et centro-osseuses. Il s'agit de densifications osseuses de petite taille, variant de 2 à 3 mm le plus souvent, mais pouvant atteindre 1 centimètre, de contours nets, réguliers, harmonieux, de tonalité homogène et sans structure ; ces images apparaissent cernées par un fin liseré en trait de plume ou entourées d'un halo de trame décalcifiée. (Morel).

Dans les trois observations restantes (Obs. 9, 13, 36), aux altérations radiologiques des sacro-iliaques s'associait une syndesmophytose. Le syndesmophyte étant une ossification latérale ou antérieure reliant deux vertèbres adjacentes, réalise un véritable pont osseux intervertébral. Il s'insère plus ou moins largement sur le tiers supérieur ou inférieur du corps vertébral, pouvant naître d'une seule vertèbre ou de deux vertèbres adjacentes, les formations progressent l'une vers l'autre et s'épaississent au niveau de leur base et constituent un pont osseux juxta discal, ceci à la différence de l'ostéophyte, qui s'insère au niveau de l'angle vertébral et progresse horizontalement et dont la découverte est beaucoup plus banale.

Les anomalies sacro-iliaques sont, au stade I, très nettes dans les observations 13 et 36 ; et dans l'observation 9, il s'agit d'un stade II, puisque l'interligne commence à s'effacer dans sa partie inférieure.

Quant à la syndesmophytose, elle est complète chez les malades 9 et 13 ; elle est nettement ébauchée dans l'observation 36.

Sa topographie est la suivante :

Observation N° 9 :

Présence de syndesmophytes latéraux gauches siégeant au niveau des interlignes D10, D12, et L1, L2, où l'on note des opacités arciformes de tonalité osseuse, à cheval sur l'interligne articulaire.

Observation N° 13 :

Présence d'une ossification syndesmophytique jetée en pont sur le bord droit du disque D11, D12 et d'une bavure du listel marginal de L1, pouvant également traduire un début de syndesmophyte.

Observation N° 36 :

Apparition d'un syndesmophyte au niveau du bord droit du disque L3, 14.

Dans ces trois observations, l'association de lésions caractéristiques des articulations sacro-iliaques et d'une syndesmophytose dorso-lombaire non moins typique nous permet d'affirmer le diagnostic radiologique de Sp. A.

*
**

Dans nos observations nous nous sommes efforcé de préciser dans quels délais étaient apparues les altérations sacro-iliaques par rapport au début du syndrome de F.L.R. Pour ce faire, nous n'avons pas tenu compte des signes cliniques constitués par les lombalgies, mais seulement des examens radiologiques pratiqués, bon nombre d'entre eux d'ailleurs ayant été provoqués par la symptomatologie clinique.

Chez les quatre malades du 1^{er} groupe, les anomalies ont été constatées dans les six premières semaines suivant l'apparition du syndrome de F.L.R. Il eut été souhaitable d'avoir des radiographies beaucoup plus précoces dans les premiers jours de la maladie, mais à la phase aiguë il n'était guère possible de déplacer ces malades pour obtenir des clichés pratiqués dans des conditions techniques d'autant plus parfaites qu'il s'agissait de dépister des lésions radiologiques fort discrètes.

Dans le 2^e groupe, qui comprend 12 observations, six comportaient des anomalies radiologiques sacro-iliaques constatées trois à quatre semaines après le début de la

maladie et de toutes façons au cours des six premières semaines (Obs. 8, 13, 30, 39, 40, 41).

Dans deux cas (Obs. 27 et 29), les atteintes sacro-iliaques furent constatées avant trois mois d'évolution ; dans l'Obs. 29 notamment les radiographies étaient normales au 1^{er} mois, mais ne l'étaient plus un mois plus tard. Dans les Obs. 26 et 36, après des radiographies normales au 2^e mois, les lésions sacro-iliaques furent constatées respectivement aux 4^e et 5^e mois, c'est-à-dire entre le 3^e et le 6^e mois d'évolution.

Enfin, dans les deux derniers cas (Obs. 9 et 11), c'est au 8^e mois qu'on découvrit les lésions, alors que respectivement au 3^e mois pour le 1^{er} et au 2^e mois pour le second, l'intégrité radiologique des sacro-iliaques pouvait être affirmée.

Nous pouvons donc résumer dans le tableau ci-dessous (Tableau N° 3) les délais dans lesquels nous avons constaté les atteintes sacro-iliaques chez les 16 malades des groupes I et II.

TABLEAU N° 3

Délais de constatation des atteintes sacro-iliaques
par rapport au début du syndrome de F.L.R.

	6 1 ^{re} SEMAI- NES	6 SEMAINES A 3 MOIS	3 A 6 MOIS	APRÈS 6 MOIS
1 ^{er} groupe ...	4	0	0	0
2 ^e groupe ...	6	2	2	2
TOTAL	10	2	2	2

Dans le groupe II, nous avons donc 50 % d'atteintes au cours des six premières semaines, 16,6 % d'atteintes entre six semaines et trois mois, 16,6 % entre trois et six mois et 16,6 % au delà de six mois.

Et si nous réunissons les malades des groupes I et II, soit 16 observations, le pourcentage des lésions sacro-iliaques passe à :

- 10 cas dans les 6 premières semaines, soit 62,4 % ;
- 2 cas entre 6 semaines et 3 mois, soit 12,5 % ;
- 2 cas entre 3 semaines et 6 mois, soit 12,5 % ;
- 2 cas après 6 mois, soit 12,5 %.

Dans trois observations enfin (9, 13, 36), nous avons étudié les délais d'apparition des syndesmophytes.

Pour le N° 9, l'apparition des syndesmophytes est notée après huit mois d'évolution ; chez le second malade (Obs. 13), nous ne pouvons préciser la date exacte de l'apparition des syndesmophytes, car pendant une période de cinq ans environ il a été perdu de vue et ce n'est qu'après cinq ans d'évolution que nous avons pu dépister la présence de syndesmophytes qui n'existaient pas sur les premiers clichés.

Dans l'observation 36, nous assistons au développement d'un syndesmophyte à partir du 6^e mois d'évolution de la maladie.

Ces délais sont un peu différents de ceux admis classiquement : le syndesmophyte se constitue lentement et, en général, le pont osseux inter-vertébral n'est réalisé complètement qu'après deux ans d'évolution. (Forestier).

RAPPORTS ENTRE LES ATTEINTES SACRO-ILIAQUES ET LA FORME CLINIQUE DE F.L.R.

Il nous a paru intéressant de savoir si la fréquence des atteintes sacro-iliaques pouvait avoir un rapport avec les formes cliniques et évolutives du syndrome de F.L.R. Dans ce but, chez nos deux groupes de malades, nous avons distingué d'une part ceux pour lesquels la triade oculo-uréthro-synoviale était complète et ceux où elle ne l'était pas, et d'autre part les cas où l'évolution fut soit bénigne, soit moyenne, soit sévère. Nous groupons comme ayant une évolution bénigne les cas où en quatre à cinq semaines, la guérison clinique et biologique fut obtenue sans séquelle appréciable ; l'évolution moyenne est celle qui se fait en six à huit semaines avec normalisation plus lente des signes biologiques et séquelles telles que légère amyotrophie, hyperlaxité ligamentaire modérée ; les formes sévères enfin sont celles où la persistance, et même l'aggravation des signes cliniques et biologiques, se produisent malgré la thérapeutique, laissant alors des séquelles musculaires et ostéo-articulaires importantes et dont l'amélioration demandera de nombreux mois, sinon années.

Dans le premier groupe

Sur les 43 malades, 28 eurent une triade O.U.S. complète et un d'entre eux présenta une atteinte sacro-iliaque. Les trois autres atteintes sacro-iliaques furent observées parmi les 15 malades dont la triade fut incomplète. (Tableau N° 4).

TABLEAU N° 4

Atteinte sacro-iliaque en fonction de la triade initiale

Groupe I

F.L.R. - 43 CAS	TRIADÉ COMPLÈTE	TRIADÉ INCOMPLÈTE
Avec atteinte S.I.	1	3
Sans atteinte S.I.	27	12
TOTAL	28	15

Du point de vue évolutif, les 43 cas se répartissent en :

- 17 d'évolution bénigne ;
- 16 d'évolution moyenne ;
- 10 d'évolution sévère.

C'est parmi ces 10 derniers cas que furent observées les 4 atteintes sacro-iliaques.

Dans le deuxième groupe

La triade initiale fut observée chez 27 malades, dont 7 présenteront des atteintes sacro-iliaques ; les 18 autres, avec triade incomplète, ne comprennent que 5 atteintes sacro-iliaques (Tableau N° 5).

TABLEAU N° 5

Atteinte sacro-iliaque en rapport avec la triade initiale

Groupe II

F.L.R. - 45 CAS	TRIADÉ INCOMPLÈTE		TRIADÉ COMPLÈTE	
	Nombre	%	Nombre	%
Avec atteinte S.I.	7	58 %	5	42 %
Sans atteinte S.I.	20	60,6 %	13	39,4 %
TOTAL	27		18	

En ce qui concerne le mode évolutif, comme nous l'avions dit antérieurement, tous les malades de ce groupe présentent soit des formes moyennes, soit des formes sévères : dans 30 formes moyennes, il y a eu 7 atteintes sacro-iliaques et dans 15 formes sévères, 5 atteintes sacro-iliaques. Nous devons retenir notamment les observations 26 et 36, où les malades furent d'emblée et pendant des mois grabataires et présentèrent une atteinte sacro-iliaque qui ne fut découverte qu'après six mois d'évolution ; l'une d'elles (Obs. 36) s'accompagnait d'une syndesmophytose vertébrale.

Dans deux autres observations où la syndesmophytose s'associait aux lésions sacro-iliaques, il s'agissait dans un cas d'une forme assez sévère d'emblée (Obs. 9) et dans l'autre, d'une forme moyenne (Obs. 11) et c'est seulement en plusieurs années que l'accentuation des lombalgies a amené la découverte de la Sp. A. dans ce dernier cas.

Nous avons résumé dans deux tableaux les données numériques concernant les atteintes sacro-iliaques en fonction de la forme clinique du syndrome de F.L.R. ; dans le premier tableau (Tableau N° 6), nous rapportons les chiffres en valeur absolue dans nos deux groupes de malades ; dans le second tableau (Tableau N° 7), nous donnons les pourcentages en les comparant à ceux établis par Csonka.

TABLEAU N° 6

Répartition des formes cliniques de F.L.R.

	GROUPE I		GROUPE II		TOTAL
	AVEC ATTEINTE S.I.	SANS ATTEINTE S.I.	AVEC ATTEINTE S.I.	SANS ATTEINTE S.I.	
Forme bénigne ..	0	17	0	0	17
Forme moyenne .	0	16	7	23	46
Forme sévère ...	4	6	5	10	25

TABLEAU N° 7

Rapport entre la forme clinique et l'atteinte
des sacro-iliaques

	SANS ATTEINTE S.I.		AVEC ATTEINTE S.I.	
	CSONKA	NOUS-MÊMES	CSONKA	NOUS-MÊMES
F.L.R. discret .	32 %	19,4 %	7 %	0 %
F.L.R. moyen .	41 %	52,2 %	33 %	44 %
F.L.R. sévère .	26 %	28,4 %	60 %	56 %

Nous ne pouvons déterminer, d'après nos constatations, si les atteintes sacro-iliaques sont plus fréquentes lorsque la triade oculo-uréthro-synoviale est au complet que lorsqu'elle est tronquée. Csonka a pu mettre en évidence chez ses malades la plus grande fréquence d'atteintes sacro-iliaques dans les triades complètes : 20 cas sur 69, alors qu'il n'y avait que sept atteintes sacro-iliaques sur 65 malades ne présentant que deux éléments de la triade. Par contre, il ressort indéniablement de notre statistique et de celle de Csonka que la sévérité du syndrome de F.L.R. dès le début de son évolution est un élément qui augmente la fréquence des atteintes sacro-iliaques.

RAPPORTS ENTRE L'ATTEINTE SACRO-ILIAQUE ET LE TRAITEMENT ANTERIEUR

Nous avons étudié nos différentes observations en nous demandant si le traitement qui avait été institué dès le début de l'évolution du syndrome de F.L.R., pouvait avoir une influence sur l'apparition ultérieure des atteintes sacro-iliaques.

On sait, et nous en reparlerons au chapitre thérapeutique, l'inconstance de la réponse des signes cliniques et biologique du F.L.R. aux diverses thérapeutiques anti-inflammatoires; corticoïdes, phénylbutazone, antibiotiques du groupe des tétracyclines, sont généralement les médications utilisées dès le début avec plus ou moins de succès; la posologie doit être souvent forte et prolongée: chez de nombreux malades, on doit avoir recours dès le deuxième mois à la chrysothérapie. Si nous ajoutons à cela, le fait que ces malades ont été parfois traités successivement dans plusieurs hôpitaux avant de nous parvenir, on comprendra que l'étude des rapports entre les lésions sacro-iliaques et la thérapeutique puisse manquer de précision dans certains cas. Néanmoins, de l'étude de nos observations, nous pouvons retirer les éléments suivants: Dans le 1^{er} groupe de malades, seuls les corticoïdes et la phénylbutazone furent utilisés, associés à un antibiotique; ils n'empêchèrent pas les lésions sacro-iliaques de se constituer précocément chez 4 de ces 43 malades.

Dans le 2^e groupe, il est beaucoup plus difficile d'étudier l'apparition des lésions sacro-iliaques par rapport au traitement institué. Tous ces malades ont reçu initialement soit des corticoïdes, soit de la phénylbutazone, soit les deux;

lorsqu'après 4 à 6 semaines de traitement, l'évolution se poursuivait, la chloroquine fut parfois associée et 8 des 12 malades reçurent une ou plusieurs séries de sels d'or. Chez 6 de ces 8 malades, les lésions sacro-iliaques étaient présentes lors de l'institution de la chrysothérapie (Obs. 8, 26, 29, 39, 40, 41); chez les deux autres, on vit s'installer les altérations radiologiques des sacro-iliaques en cours de chrysothérapie (Obs. 9 et 11). Ceci est particulièrement net dans l'observation 36 où le malade, traité intensivement pendant 6 mois, a néanmoins présenté, à ce moment là, des lésions sacro-iliaques et vertébrales. Dans l'observation 9, nous assistons sous traitement à une aggravation de l'atteinte des sacro-iliaques, caractérisée par une accentuation de l'effacement, surtout marqué au niveau du pied de l'interligne.

Depuis le début de cette étude, nous n'avons pas parlé de l'étiologie du syndrome de F.L.R. car elle n'est pas en rapport direct avec notre travail. On sait que les étiologies incriminées ont été nombreuses: Spirochète de Reiter, bacille dysentérique, amibe dysentérique, rickettsies, virus. C'est d'ailleurs vers cette dernière étiologie virale à porte d'entrée intestinale ou même vénérienne que l'on semble s'orienter actuellement (Siboulet). Dans nos observations, certains malades présentaient des amibiases intestinales confirmées parasitologiquement et traitées par les médications spécifiques. Dans les autres cas, une antibiothérapie à large spectre, généralement par les tétracyclines a été instituée, en moyenne pendant dix à quinze jours. Dans aucun cas, cette thérapeutique à visée étiologique n'a paru influencer l'évolution des lésions sacro-iliaques.

A la lueur de ces données, il nous paraît bien, que quelle que soit la thérapeutique instituée, elle n'a pas empêché l'apparition des lésions sacro-iliaques.

LA NOSOLOGIE DES ATTEINTES SACRO-ILIAQUES DU SYNDROME DE F.L.R.

Il ressort de l'étude de nos observations que les lésions des articulations sacro-iliaques s'observent, et ceci souvent précocément, au cours de l'évolution d'un syndrome de F.L.R.; elles constituent une véritable ostéo-arthrite uni ou bilatérale. Le problème qui se pose est de savoir si ces anomalies sont le point de départ d'une Sp.A. authentique.

De notre étude nous retiendrons d'abord un fait: c'est qu'une atteinte sacro-iliaque initiale peut régresser radiologiquement; nous l'avons observé chez deux de nos malades du groupe II:

— *Obs. 27*: L'aspect flou et élargi de la sacro-iliaque droite, observé en septembre 1961, n'était plus retrouvé en mars 1962, où les interlignes étaient nets.

— *Obs. 29*: les lésions de la sacro-iliaque gauche notées en octobre 1962, flou et élargissement de l'interligne, ont régressé et ne sont plus visibles sur les clichés pratiqués en janvier 1963, où seule une large condensation persiste. Bien entendu seul le recul évolutif très prolongé permettra de savoir si cette régression a été complète et définitive.

Notre impression est que bon nombre d'ostéo-arthrites sacro-iliaques du syndrome de F.L.R., surtout lorsqu'elles sont discrètes, peuvent guérir, au même titre que guérissent les atteintes des autres articulations; l'appréciation clinique de cette guérison au niveau des sacro-iliaques n'est pas aussi facile qu'elle l'est au niveau des genoux; quant à l'appréciation radiologique, elle n'est pas toujours possi-

ble, faute de documents comparatifs suffisants, établis systématiquement pendant plusieurs années.

Mais le problème le plus important est celui de l'évolution vers une véritable Sp.A. Nous l'avons déjà dit, les premiers travaux précis sur ce sujet sont ceux de Marche.

Cet auteur estime l'atteinte sacro-iliaque présente dans 60 à 80 % des formes subaiguës ou chroniques de F.L.R.; mais ce n'est souvent qu'en plusieurs années, 10 ans et davantage, qu'une impotence grave apparaîtra. Pour Marche, les documents réunis pendant 15 ans lui permettent de penser que Sp.A. et F.L.R. « ne sont très probablement que deux des aspects cliniques et évolutifs d'une même maladie rhumatismale touchant électivement l'homme adulte ».

Il met en relief les points suivants: les deux affections frappent avec prédilection l'homme jeune, comportent fréquemment des manifestations oculaires et génito-urinaires, surviennent dans la plupart des cas chez des sujets présentant des antécédents de colite de nature variable, se manifestent souvent à leur début comme des polyarthrites rhumatismales inflammatoires atteignant de façon précoce les articulations sacro-iliaques. Par ailleurs pour ces deux maladies les mêmes hypothèses étiologiques sont avancées et parfois le syndrome de F.L.R. évolue vers une véritable Sp.A.

L'opinion des auteurs anglo-saxons, est beaucoup plus nuancée. Mason, Murray, Oates, Young, constatent qu'ils sont incapables, lorsque les modifications radiologiques des sacro-iliaques sont légères, de distinguer qualitativement F.L.R. et Sp. A. Par contre, et en tenant compte du recul évolutif supérieur à cinq ans qu'ils ont dans le nombreux cas, les lésions sacro-iliaques sont constantes dans la Sp. A. alors qu'elles s'observent dans 8 % des cas avant cinq ans et dans 54 % des cas après cinq ans dans le F.L.R.

Oates, établit également des différences entre les deux affections et oppose:

a) le début progressif et parfois pré-pubertaire de la Sp. A. au début habituellement aigu et rarement pré-pubertaire du F.L.R.;

b) les atteintes périphériques dans tous les cas de F.L.R. et seulement dans 20 à 30 % des cas de Sp. A. ;

c) les douleurs et la raideur vertébrale de règle dans la Sp. A. alors qu'elles ne sont pas habituelles dans le F.L.R. ;

d) Les lésions cutanéomuqueuses rares dans la Sp. A. mais relativement communes dans le F.L.R.

Csonka enfin a comparé la Sp. A. et le F.L.R. avec sacro-iléite et a trouvé davantage de points de différences que de similitude et il les considère comme deux entités différentes. Il le résume en un tableau. (tableau VIII).

TABLEAU N° 8

DIAGNOSTIC		F.L.R.		Sp. A.
		SANS ATTEINTE S.I.	AVEC ATTEINTE S.I.	
Nombre de cas		107	27	50
Sexe {	Homme	105	26	44
	Femme	2	1	6
Moyenne d'âge		30 ans 8 mois	29 ans	22 ans 6 mois
Mode de début	Aigu	99,1 %	96,3 %	12 %
	Vertébral ..	0	3,7 %	94 %
Atteintes articulaires périphériques		100 %	96,3 %	10 %
Modifications sacro-vertébrales			37,7 %	72,3 %

Chez nos 12 malades du groupe II nous avons retenu trois observations (9, 13, 36) pour lesquelles nous pouvons dire qu'il s'agit d'une Sp. A. découverte dans les mois ou les années suivant un syndrome de F.L.R. typique.

L'observation 36 nous paraît particulièrement démonstrative; ce malade n'avait aucun antécédent, il a présenté en Algérie un syndrome de F.L.R. typique, sévère d'emblée, évoluant malgré le traitement et au cours duquel on a vu s'installer les signes radiologiques d'atteinte sacro-iliaque bilatérale après six mois d'évolution, suivis de la constatation d'une syndesmophytose. Nous aurions pu nous demander si nous n'étions pas en présence d'une Sp. A. à début périphérique telle qu'elle a été décrite par Ravault et Pellet. La Sp. A. peut en effet débiter par un syndrome polyarticulaire touchant le plus souvent les articulations tibio-tarsiennes et les genoux, cette atteinte initiale se poursuivant pendant deux à six mois pour évoluer d'une manière mixte, rachidienne et périphérique, aboutissant à des formes où les lésions périphériques ne sont pas prédominantes. Mais ici le contexte épidémiologique et le tableau clinique du début ne peuvent pas faire douter qu'il s'agissait d'un syndrome de F.L.R.

La filiation des faits est aussi démonstrative dans l'observation 13 où nous avons la preuve d'un syndrome de F.L.R. typique contracté en 1956 en Algérie, s'étant accompagné d'une atteinte sacro-iliaque précoce mais discrète et où, après cinq ans de lombalgies épisodiques mais de plus en plus intenses et fréquentes, on découvre une Sp. A. radiologiquement typique.

La 3^e observation (N° 9), si elle ne semble pas prêter lieu à discussion sur l'existence d'une Sp. A. découverte dans les mois qui suivirent le début d'un F.L.R. sévère, doit être cependant analysée avec un esprit plus critique du fait que le malade avait présenté en août 1959 une urétrite gonococcique traitée par streptomycine; lorsque dix mois plus tard, en juin 1960, en Algérie, s'installa un syndrome de F.L.R. caractéristique, on trouva encore des gonocoques à l'examen direct de l'écoulement urétral et par culture.

Il est possible, en l'absence de nouvelle contamination, que nous ayons assisté là, à une réactivation de l'urétrite gonococcique par le syndrome de F.L.R. Nous devons donc

nous demander si le F.L.R. est bien responsables des lésions sacro-iliaques et vertébrales et si ce n'est pas la gonococcie si fréquemment retrouvée dans les antécédents des malades atteints de Sp. A.

Le problème est difficile à résoudre; Thiers a montré qu'une arthrite sacro-iliaque latente pouvait se constituer au cours de l'infection gonococcique prolongée; mais il est certain que sur le plan clinique, ce malade n'a présenté aucune symptomatologie ostéo-articulaire et en particulier aucune lombalgie entre sa gonococcie et le début du F.L.R. que les lombalgies sont apparues à ce moment là et que les lésions radiologiques ne se sont constituées que secondairement. Ces arguments doivent nous faire pencher, dans ce cas particulier, pour rattacher la Sp. A. au F.L.R.

A côté de ces trois observations, nous en discuterons également une, appartenant à notre 1^{er} groupe de malades (obs. 19). Le diagnostic de F.L.R. a été posé essentiellement sur un contexte endémique et sur l'aspect des modifications articulaires et musculaires; mais l'existence des arthralgies coxo-fémorales antérieures, l'importance et la précocité des lésions radiologiques sacro-iliaques doivent nous faire penser à une Sp. A. à début périphérique tel que nous l'évoquons plus haut. Nous avons d'ailleurs observé au cours des dernières années plusieurs Sp. A. chez des militaires d'active ayant séjourné de nombreuses années en Afrique du Nord; chez chacun d'eux, nous avons essayé de retrouver par un interrogatoire précis s'il n'y avait pas eu dans les années antérieures une symptomatologie pouvant évoquer un syndrome de F.L.R., mais nous n'avons rien trouvé.

Quoiqu'il en soit, l'étude de nos observations nous permet, avec d'autres auteurs, d'affirmer la fréquence des atteintes des articulations sacro-iliaques au cours du syndrome de F.L.R. Atteinte unilatérale parfois, mais aussi souvent bilatérale dont la description radiologique correspond au stade I de la Sp. A. De plus, si une de nos observations peut se discuter quant à l'étiologie, deux autres nous

apportent la démonstration de l'installation d'une Sp. A. au cours des mois ou des années qui suivent un syndrome oculo-urethro-synovial, avec une filiation des faits particulièrement nette.

Nous n'avons pas évidemment étudié les mêmes malades que Marche; cet auteur a observé des syndromes de F.L.R. survenus à la suite de dysenterie bacillaire au cours de la guerre 1939-1945; parmi les diverses formes de syndrome oculo-uréthro-synovial, il considère l'association urétrite conjonctivite ou irido cyclite arthrite sacro-iliaque comme un aspect particulièrement caractéristique de ce syndrome et pour lui, le syndrome de F.L.R. n'est qu'un des aspects cliniques de la Sp. A. Notre point de vue n'est pas identique à celui de Marche; l'origine de nos malades n'est pas la même: il s'agit en général de jeunes soldats ayant contracté leur maladie en Afrique du Nord; l'arthrite sacro-iliaque a toujours été constatée en association avec des atteintes des articulations périphériques, notamment des genoux. Si nous ne pouvons assimiler syndrome de F.L.R. et Sp. A., nous pensons par contre que la Sp. A. peut être la complication plus ou moins proche d'un syndrome de F.L.R. généralement sévère; aussi ce curieux syndrome, à l'étiologie encore discutée, peut engendrer une autre affection rhumatismale dont la cause demeure elle aussi souvent inconnue.

Nous voyons donc que cette étude des atteintes sacro-iliaques au cours du syndrome de F.L.R. soulève un problème nosologique concernant des affections rhumatismales dont les frontières sont mal limitées; le problème est d'ailleurs encore plus difficile dans les cas beaucoup plus rares où l'on a rapporté l'évolution chronique d'un F.L.R. vers un tableau de polyarthrite chronique évolutive (Me-min).

Du point de vue pratique nous estimons donc que tout sujet qui présente un syndrome de F.L.R. doit être soumis à une ou deux radiographies de contrôle de ses articula-

tions sacro-iliaques à quelques mois d'intervalle et que, même s'il guérit sans séquelles, la survenue de manifestations ostéo-articulaires dans les années suivantes doit faire procéder à ces mêmes contrôles.

THERAPEUTIQUE

Nous avons déjà fait allusion au traitement dans un chapitre antérieur lorsque nous avons étudié les rapports éventuels des atteintes sacro-iliaques et du traitement préalablement institué. Nous avons vu qu'il ressortait de notre étude, comme de celles d'autres auteurs, en particulier anglo-saxons, que ces atteintes sacro-iliaques étaient propres aux formes moyennes ou sévères du syndrome de F.L.R. Ce qui fait que, lorsqu'en cours d'évolution, nous avons constaté ces atteintes avec lésions radiologiques découvertes, soit parce qu'il existait des lombalgies, soit lors d'un examen radiologique systématique et que le processus inflammatoire n'évoluait que depuis quelques semaines, nous avons seulement poursuivi, en la renforçant au besoin, la thérapeutique jusque là instituée. Nous nous bornerons à rappeler qu'à ce stade nous disposons de deux médications essentielles: les corticoïdes et la phénylbutazone. Il nous est impossible de donner une prééminence de l'une sur l'autre, car les effets observés sont essentiellement variables suivant les malades. Lorsque nous avons constaté des lésions sacro-iliaque et que par ailleurs le F.L.R. revêtait une allure évolutive avec une gêne fonctionnelle et des douleurs encore importantes, nous avons donné la préférence dans un premier temps à une cure de phénylbutazone à raison de 1 gr par jour pendant 10 jours, cure que nous avons relayée par les corticoïdes. Lorsque ces derniers ont été utilisés d'emblée, la constatation d'anomalies sacro-iliaques, surtout si elles s'accompagnaient de signes cliniques et biologiques d'évolutivité, nous a fait augmenter les doses quotidiennes qui sont alors passées à 40, 60 et même 80 mg de delta cor-

tisone par jour, une posologie dégressive étant ensuite adoptée en fonction de l'évolution.

Bien entendu nous avons respecté dans tous les cas les contre indications propres à ces thérapeutiques et associé les médications adjuvantes habituelles. L'antibiothérapie fut de règle pendant les 10 à 20 premiers jours de l'évolution, donnant la préférence au groupe des tétracyclines, mais l'atteinte sacro-iliaque n'a jamais motivé une reprise de cette thérapeutique. A ce stade précoce, c'est-à-dire au cours des six ou huit premières semaines de la maladie, l'acide acétylsalicylique a toujours constitué un traitement d'appoint appréciable et dans certains cas où l'atteinte des sacro-iliaques ne s'accompagnait pas de signes marqués d'évolutivité, nous avons entrepris un traitement par les anti-paludéens de synthèse donnant la préférence à la chloroquine ou à ses dérivés à la dose de 0,30 gr par jour. Dès ce stade, sauf gêne fonctionnelle importante, nous avons entrepris une physiothérapie et une kinésithérapie dont les effets nous ont toujours semblé très heureux. Mais le problème qui s'est posé à nous à plusieurs reprises, c'est celui de l'inefficacité, parfois totale, le plus souvent relative, de cette thérapeutique précédemment correctement conduite: c'est alors que nous nous sommes adressés à la chrysothérapie. Nous avons toujours attendu avant de l'instituer un délai d'environ deux mois à partir du début du syndrome de F.L.R. Nous avons utilisé dans tous les cas le sulfure d'or colloïdal à posologie progressive pour atteindre un total de 60 cc équivalent à 1 gr d'or; sous réserve des surveillances classiques de la peau, des urines et de la formule sanguine, nous n'avons eu aucun incident majeur d'intolérance. Mais si cette chrysothérapie nous a paru extrêmement bénéfique sur le processus évolutif rhumatismal, nous n'avons pas eu l'impression, comme nous l'avons dit dans un chapitre précédent, qu'elle ait empêché l'apparition des atteintes sacro-iliaques ou leur aggravation.

Quelle est donc la conduite à tenir en présence des atteintes sacro-iliaques alors que le syndrome de F.L.R. ne paraît

plus évolutif, tant sur le plan clinique que sur le plan biologique?

Que ces lésions soient isolées comme au stade I de la Sp. A. ou qu'elles s'accompagnent plus ou moins rapidement d'une syndesmophytose vertébrale, notre conduite doit être la même qu'en présence d'une Sp. A., c'est-à-dire que nous nous adresserons essentiellement aux médications anti-inflammatoires en les adaptant à la symptomatologie présentée, en particulier à la douleur et à l'impotence fonctionnelle : aspirine, phénylbutazone, anti-paludéens de synthèse, préférant ne pas utiliser la corticothérapie en raison des problèmes que pose son institution au long cours, comme dans la thérapeutique de la P.C.E. Chez nos malades cette thérapeutique associée à la physiothérapie et aux exercices musculaires et rachidiens nous a toujours suffi et nous n'avons pas eu besoin de recourir à l'arme plus efficace que constitue la radiothérapie anti-inflammatoire. Mais nous le répétons, nous avons, pour des raisons propres au milieu militaire, perdu trop rapidement de vue les malades pour juger de l'efficacité à long terme de la thérapeutique que nous avons instituée.

INCIDENCES MEDICO-MILITAIRES

Indépendamment des autres séquelles qu'il peut laisser, le syndrome de F.L.R., en provoquant des lésions des articulations sacro-iliaques qui peuvent être le point de départ d'une véritable Sp. A., pose le problème du droit à réparation des malades qui ont été atteints. Ce droit, bien entendu, ne fait aucun doute. Les séquelles sont imputables au service par preuve, pour les syndromes de F.L.R. contractés en Algérie où ils sévissent à l'état endémique et elles le sont par présomption d'origine après 90 jours effectifs de service (Loi du 3 avril 1955) pour les appelés servant en métropole. Le taux d'invalidité est apprécié en fonction de l'importance des séquelles cliniques et notamment de la gêne fonctionnelle. Il faut leur attribuer le taux minimum indemnisable en matière de maladie pour que ces malades puissent bénéficier de l'article L 115 de la Loi des Pensions Militaires d'Invalidité et être titulaires d'un carnet de soins gratuits leur permettant après leur réforme, de bénéficier des soins et des médications nécessités par leur état, sans avoir à en avancer le montant et en pouvant s'adresser au médecin de leur choix.

Nous estimons donc que tout sujet qui au cours de son service militaire a présenté un syndrome de F.L.R., même guéri apparemment sans séquelle, doit être muni, lors de sa libération du service, d'un extrait du registre des constatations qui sera pour lui une preuve des rapports de son affection avec le service. Si dans les années qui suivent, on découvre chez lui une Sp. A. cette affection doit être rattachée à la maladie contractée pendant le service militaire et invalidée comme telle.

Cette éventualité s'est produite chez notre malade de l'observation 13, pour lequel nous n'avons eu aucune peine à affirmer la relation de cause à effet entre le syndrome de F.L.R. contracté en 1956 en Algérie et la Sp. A. typique constatée cinq ans plus tard, puisque dès l'affection initiale on avait déjà noté une atteinte radiologique des articulations sacro-iliaques; mais, même en l'absence de ce dernier élément, nous n'aurions pas hésité à conclure à la relation des deux affections.

Il nous paraît donc que c'est là une notion extrêmement importante du point de vue social et que le médecin appelé à constater chez des hommes encore jeunes cette affection au potentiel invalidant redoutable qu'est la Sp. A. doit rechercher si son malade n'a pas présenté au cours de son service militaire un syndrome de F.L.R. même bénin.

CONCLUSIONS

1. — L'atteinte des articulations sacro-iliaques, le plus souvent révélée par des lombalgies mais parfois découverte par un examen systématique de ces articulations, est fréquente au cours du syndrome de F.L.R.

2. — Il s'agit d'une véritable ostéo-arthrite sacro-iliaque uni ou bilatérale qui peut s'observer à tous les stades de l'évolution de la maladie, mais qui est très souvent constatée précocément, au cours des deux premiers mois.

3. — Elle paraît plus fréquente dans les formes de syndrome de F.L.R. initialement sévères, et le traitement antérieurement institué ne semble pas empêcher son apparition.

4. — Si, dans certains cas, les signes radiologiques sont régressifs, dans d'autres au contraire, ils peuvent s'aggraver plus ou moins rapidement et constituer le tableau d'une véritable Sp. A. Seul un recul de plusieurs années permettrait d'apprécier la fréquence exacte de cette évolution sévère.

5. — Le syndrome de F.L.R. doit être considéré comme une des étiologies de la Sp. A., sans toutefois qu'il soit possible d'assimiler ces deux affections.

6. — Le traitement des lésions sacro-iliaques consécutives à un syndrome de F.L.R. doit être conduit et surveillé comme celui d'une Sp. A.

7. — L'apparition, même tardive, d'une Sp. A. chez des sujets ayant contracté un syndrome de F.L.R. au cours de leur service militaire peut ouvrir droit à réparation conformément à la Loi des Pensions Militaires d'Invalidité.

Vu :

Le Doyen,
H. HERMANN.

Vu :

Le Président de la Thèse,
THIERS.

Vu et permis d'imprimer : Lyon, le 24 Mai 1963.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.
P. LOUIS

BIBLIOGRAPHIE

- BASTIN R. — Les manifestations rhumatismales de différentes maladies virales. *Sem. Hôp. Paris*, 69, 3540, 1953.
- BAUDOUIN J. — Rhumatisme dysentérique. *Thèse méd.* Paris, 1953.
- BERNAERT P. — Le rhumatisme des amibiens; relations avec le syndrome oculo-uréthro-synovial post-dysentérique. *Thèse Méd.* Paris, 1953.
- BERTHIER L. — Etude clinique et radiographique de la spondylose rhizomélique. *Thèse Méd* Lyon, 1943.
- BIDOUX L. — Syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter et spondylarthrite ankylosante. *Thèse Méd.* Paris, 1951.
- BOUREL M. — Le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter. *Revue de Rhum.*, 21, 249, 1954.
- BOURRET A. — Contribution à l'étude du syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter. *Thèse Méd.* Alger 1958.
- BRICQUEL P. — Sur le rhumatisme dysentérique. *Sem. des Hôp.*, 20, 54, 1944.
- BRUNEAUX J. — Le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter en Algérie. *Thèse Méd* Paris, 1959.
- COSTE F. — La spondylarthrite ankylosante. *Revue du Praticien*, 26, 2825, 1960.
- COSTE F., BOUREL M., SIBOULET A. — Rôle de certains micro-organismes en rhumatologie. *Sem. des Hôpitaux*, 69, 3546, 1953.
- COSTE F., FORESTIER J. — Les symptômes de début du rhumatisme chronique. III^e Congrès International du Rhumatisme, Paris, 1932.
- COSTE F., MOUZON M. et BOISSIÈRE H. — Aspects actuels de la spondylarthrite ankylosante. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 71, 493, 1947.
- COURARD J. — Maladie de Reiter. Etude critique. Aspects cliniques et évolutifs. Problèmes étiologiques et physiopathologiques. Traitement. *Thèse Méd.* Paris, 1948.
- CSONKA G.W. — The course of Reiter's syndrom. *Brit. Med. Bull.*, 5079, 1088, 1958.
- Significance of sacroileitis in Reiter's disease. *Brit. Journ. Vener. Dis.*, 35, 77, 1959.

- CUILLERET R., ETIENNE et LAFON. — Syndrome de Reiter avec manifestations cornéennes. *Lyon Médical*, 183, 375, 1950.
- DARBON A., DULAC J.-F., REVALOR R. — Le syndrome oculo-uréthro-synovial. *Bull. Soc. Méd. Mil. Fr.*, 111, avril 1958.
- DARBON A., PORTAL A. — Le syndrome uréthro-oculo-synovial en Algérie. Epidémiologie. *Revue Médicale de Nancy*, 228, mars 1960.
- DJIAN A. — Le diagnostic radiologique précoce de la pelvi-spondylite rhumatismale. *Revue du Praticien*, 26, 2815, 1960.
- DUREL P., OFFRET G., SIBOUÏET A. et PLESSIER. — Conjonctivite et urétrite à ultra-germes. *Bull. Soc. Opht. Fr.*, p. 556, 1950.
- FÉLIX H., PRIEUR F. — Le syndrome oculo-uréthro-synovial de Fiessinger-Leroy-Reiter. *Semaine des Hôpitaux*, 28, 1691, 1961.
- FÉLIX H., CANAL P. — Le syndrome oculo-uréthro-synovial de Fiessinger-Leroy-Reiter, une entité nosologique. *Journ. Méd. Lyon*, 4, 671, 1962.
- FIESSINGER N., LEROY E. — Contribution à l'étude d'une épidémie de dysenterie dans la Somme, juillet-octobre 1916. *Bull. Soc. Méd. Paris*, 60, 1926, 1916.
- FLEISCHMANN. — Deutsch. Distrussion über Reiter'sche. *Deutsche Med. Wochr.*, 42, 1529, 1916.
- FORD O.K. — Arthritis and venereal Urethritis. *Brit. Journ. Vener.*, 29, 123, 1953.
- FOREST. — Le syndrome de Reiter. *Rev. Rhumatisme*, 21, 517, 1954.
- FORESTIER J. — Importance of sacro-iliac changes in the early diagnosis of ankylosing spondylarthritis. *Radiology*, 33, 389, 1939.
- FORESTIER J., JACQUELINE F. et ROTES-QUEROL J. — Symptômes de début de la spondylarthrite ankylosante. *Rev. du Rhumatisme*, 16, 218, 1949.
- FORESTIER J., ROTES-QUEROL J. et JACQUELINE F. — Les articulations sacro-iliaques dans la spondylarthrite ankylosante. *Rev. du Rhumatisme*, 17, 407, 1950.
- GERMAIN A. et PIROT R. — Syndrome conjonctivo-uréthro-synovial, complication métastatique d'un état dysentérique. *Arch. méd. pharm. nav.*, 125, 303, 1935.
- GOUNELLE H., MARCHE J. — La maladie rhumatismale post-dysentérique. *Rev. Rhumatisme*, 8, 353, 1941.
- GUILLET R. — Les spondylarthrites dysentériques. *Thèse Paris*, 1948.
- HARKNESS A.H. — Maladie de Reiter. *Brit. J. vener. Dis.*, 25, 185, 1949.

- HAWTHORN E. et REDON M. — Le syndrome de F.L.R., étude clinique et thérapeutique. *Marseille Médical*, 97, 107, 1960.
- HOMBOURGER P. — Contribution à l'étude des complications oculaires, uréthrales et articulaires de la dysenterie bacillaire. Syndrome conjonctivo-uréthro-synovial de Noël Fiessinger. *J. Prat. Paris*, 44, 449, 1930.
- LUCHERINI T., CECCHI. — Sindrome di Reiter. *Rhumatismo Milano*, 10, 151, 1958.
- MANSON-BAHR Ph. — The commoner complications of bacillary dysentery in military practice. *Brit. Med. J.*, 1, 791, 1920.
- MARCHE J. — Contribution à l'étude de la maladie rhumatismale post-dysentérique et de certains types de maladie rhumatismale : les syndromes arthro-uréthro-parotidiens. *Rev. Rhumatisme*, 13, 295, 1946.
- Considérations sur une forme particulière de la maladie rhumatismale (syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter). *Bull. Méd.*, 61, 19, 1947.
- Le syndrome dit de Reiter : une forme particulière de la maladie rhumatismale. *Gazette Méd. de France*, 57, 11, 1950.
- L'atteinte des articulations sacro-iliaques dans le syndrome « dit » de Reiter. *Rev. Rhum.*, 17, 449, 1950.
- MARCHE J. et BIDOUX L. — Les rapports de la maladie rhumatismale post-dysentérique et de la spondylarthrite ankylosante. *Monde Médical*, 64, 20, 1954.
- MARCHE J. — Syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter et spondylarthrite ankylosante. Parenté et place nosologique. *Rev. du Rhumatisme*, 21, 320, 1954.
- Spondylarthrite ankylosante et syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter, deux aspects d'une même maladie rhumatismale. *France Médicale*, N° 1, 2, 4, 1955.
- MASBERNARD A. — Le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter. Renseignements fournis par l'étude de 80 cas observés en Tunisie. *Rev. Rhumat.*, 1, 21, 1959.
- MASON R.M., MURRAY R.S., OATES J.M., YOUNG A.C. — A comparative radiological study of Reiter disease, rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *J. Bone Surg. Brit.*, Vol. 41, B. 1, 137, 1959.
- MÉMIN, CATAN, GRIMAUD. — Syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter et polyarthrite chronique évolutive. *Soc. Méd. Milit. Franç.*, 55, 91, 1961.
- MOREL R., WEBER A., DELAHAYE R. — Les aspects radiologiques des atteintes articulaires du syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter. *Journal de Radiologie*, N° 6, 7, 283, 1962.

- MURRAY R.S., OATES J.K., YOUNG A.G. — Radiological changes in Reiter's syndrome and arthritis is associated with urethritis. *Journal of the Faculty of radiologists Londres*, 9, 37, 1958.
- OATES J.K. — Sacro-iliitis in Reiter's disease. *Brit. J. of vener.*, 34, 177, 1958.
- OATES J.K. and YOUNG A.C. — Sacro-iliitis in Reiter's disease. *Brit. Med. J.*, 1, 1013, 1959.
- OATES J.K. — Reiter's disease and ankylosing spondylitis, is there a common cause? *Brit. Journ. Vener.*, 35, 81, 1959.
- PARONEN I. — Reiter's disease. *Acta Médica scandinavia*. Suppl. 212. Vol. 131, 1948.
- PELLEGRINI R. — Contribution à l'étude du syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter. *Thèse Alger*, 1951.
- PELLET Y. — Contribution à l'étude des formes irrégulières de la spondylarthrite ankylosante. *Thèse Lyon*, 1957.
- PERNOD J., BRUNEAUX J. — Le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter en Algérie. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 351, 1960.
- PERNOD J., MEMIN J. — Le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter en Algérie. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 37, 2291, 1961.
- RAVAULT P., VIGNON G., BERTHIER L. — L'arthrite sacro-iliaque dans le cadre des lombo-sacralgies isolées. *Rev. Rhumatisme*, 17, 483, 1950.
- RAVAULT P., VIGNON G. — Rhumatologie clinique. 1 vol. Masson édit., Paris 1956.
- RAVAULT P., VIGNON G., LEJEUNE E. et PELLET M. — Les débuts articulaires périphériques de la Spondylarthrite ankylosante. A propos de l'étude statistique de 150 cas. *Documentation médicale*, 35, 21, 1959.
- REITER H. — Über eine bisher unbekannte spirochaeteninfektion (spirochaetosis arthritica). *Dtsch. Med. Wschr.*, 42, 1535, 1916.
- La maladie de Reiter. *Deutsche Med. Wschr.*, 82, 1336, 1957.
- REVALOR R. — Contribution à l'étude du syndrome oculo-uréthro-synovial. *Thèse Paris*, 1957.
- REYNOLD D.F., CSONKA G.W. — Radiological aspects of Reiter's syndrome. *J. of the Faculty of Radiologist Londres*, 9, 740, 1952.
- ROMANUS R., YDEN S. — Pelvo-spondylitis ossificans. Munksgaard, Kopenhagen. *Ann. of the rheumatic diseases*, 14, 298, 1955.
- ROUMAGNAC H., FERRAND M., PERNOD J., MEMIN Y., ERHART C., CONSTANT A. — Etude statistique sur le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter. *Rev. du Corps de Santé Militaire*, 4, 500, 1958.
- ROUMAGNAC H. — Le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter en Algérie. *Revue du Praticien*, 23, 2516, 1960.

- RYCKEWAERT A. — Le diagnostic de la spondylarthrite ankylosante au début de son évolution. *Revue du Praticien*, 26, 2799, 1960.
- SCOTT S.G. — Chronic infection of the sacro-iliac joints as a possible cause of adolescent spondylitis. *The British Journal of Radiol.*, Vol. IX, 126, 1936.
- SÈZE (S. de) et RYCKWAERT A. — La spondylarthrite ankylosante. Maladies des os et des articulations. Flammarion édit., Paris, 1954.
- SIBOULET A. — Contribution à l'étiologie du syndrome de Fiessinger-Leroy : à propos d'un cas dit de Reiter, avec ectodermose pluri-orificielle. *Bull. Soc. Franç. Derm.*, N° 1, 19, 1952.
- SIBOULET A. et GASLISTIN P. — Le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter. *Bull. Soc. Franç. Dermato-Syphiligraphie*, 69, 4, 693, 1962.
- SIBOULET A. — Le syndrome uréthro-conjonctivo-synovial. *Feuilles Médicales*. Maloine édit., Paris 1963.
- THALABARD J. — Syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter. *Bull. Soc. Opht. France*, 3, 230, 1958.
- THIERS H. — Etiologie dysentérique possible de la spondylose rhizomélique des anciens déportés et prisonniers de guerre. *Rev. Rhum.*, 16, 69, 1949.
- Les rhumatismes d'origine intestinale. Le syndrome de Fiessinger-Leroy, le syndrome de Reiter. *Sem. Hôp. Paris*, 26, 3819, 1950. *J. Méd. Lyon*, 31, 863, 1950.
- Pour comprendre le syndrome de Reiter. *Gaz. des Hôp.*, 127, 36, 1955.
- L'atteinte latente des sacro-iliaques au cours de l'infection gonococcique prolongée. *Rev. Rhum.*, 15, 219, 1948.
- VAILHE J., FOURCADE M., DELMAS J., LAVANT F. — A propos de 20 cas de Fiessinger-Leroy-Reiter. *Rev. Méd. Lyon*, 7, 78, 1958.
- WORMS G., LESBRE P., SOURDILLE G. — Syndrome oculo-articulaire au cours d'une épidémie de dysenterie à bacille de Hiss. *Bull. Soc. Méd. Milit.*, 21, 27, 1927.

TABLE DES MATIERES

Introduction	13
Observations	17
Les signes cliniques et radiologiques de l'atteinte des sacro-iliaques ..	43
Les rapports entre les atteintes sacro-iliaques et la forme clinique du F.L.R.	55
Les rapports entre l'atteinte sacro-iliaque et le traitement antérieur	59
La nosologie des atteintes sacro-iliaques du syndrome de F.L.R. ...	61
Thérapeutique	69
Les incidences médico-militaires	73
Conclusions	75
Bibliographie	77

